

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**Sección 1. Información de la paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Clínica o médico remitente: \_\_\_\_\_ Teléfono de su médico o clínica remitente: \_\_\_\_\_

**Sección 2. Información de su pareja (si la paciente está embarazada, entonces "pareja" se refiere al padre del bebé)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas ayudarán a su consejero en genética a evaluar la salud de su futuro bebé y así determinar si es conveniente considerar ciertas pruebas adicionales durante su embarazo. Si tiene alguna duda con respecto a la historia de su familia, por favor consulte con sus familiares.

**Sección 3. ¿Usted o su pareja pertenecen a alguno de estos grupos étnicos o razas?**

(Marque el cuadro y también circule las opciones apropiadas)

	Paciente	Pareja
china, india asiática, taiwanesa, filipina, pakistana, o del sureste de Asia . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
italiana, griega, del Medio Oriente, española o portuguesa . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
judía, canadiense de descendencia francesa o cajún . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afroamericana, de descendencia africana, puertorriqueña, caribeña, negra o centroamericana . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hispana o mexicana . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caucásica (raza blanca) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra/o (Especificar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 4. ¿Ha padecido usted, su pareja o algún otro familiar de las siguientes condiciones?:**

	Sí	No		Sí	No
Síndrome de Down . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad poliquística de los riñones . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro problema cromosómico . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Huntington . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso mental o autismo . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto congénito del corazón . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espina bífida (columna vertebral abierta) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Labio leporino/paladar abierto . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anencefalia (cráneo abierto) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera/sordera . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre, como hemofilia o anemia de células falciformes . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebé que murió durante su primer año de vida . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrofia muscular u otra enfermedad neuromuscular . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebé nacido muerto/pérdida de 2 o más embarazos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis quística . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier defecto de nacimiento no mencionado . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurofibromatosis . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otra condición hereditaria (genética) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los huesos (como enanismo) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otra condición médica seria o cirugía . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son usted o su pareja adoptados? . . . . .				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son usted y su pareja parientes consanguíneos? . . . . .				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece usted o/y su pareja de infertilidad? . . . . .				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor especifique la causa si la sabe. _____					
¿Usted y/o su pareja se han realizado pruebas para detectar si son portadores de fibrosis quística? . . . . .				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja se han realizado pruebas para detectar si son portadores de algún otro desorden genético? . . . . .				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja se han realizado estudios cromosómicos de sangre? . . . . .				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 5. Por favor complete la siguiente información:**

Ha sido expuesta o ha utilizado:	Sí	No		Sí	No
Medicinas . . . . . (actualmente toma medicinas o las ha tomado durante su embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes, fenilcetonuria (PKU) o lupus . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique _____			Está considerando usar o ha usado:		
Drogas ilícitas . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Óvulos o espermatozoides donados . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas alcohólicas . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico Genético de Preimplantación (PGD) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarrillos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inyección de espermatozoides intracitoplásmico (ICSI) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 6. Si usted está embarazada, ha tenido alguno de lo siguiente:**

	Sí	No	Fecha del parto:	Sí	No
Salpullidos, enfermedades contagiosas o fiebre . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de sangre materna para detectar defectos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado u otra complicación del embarazo . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ej.: prueba de sangre de AFP, AFP3, AFP4, marcadores múltiples en sangre materna)		
Radiografías (rayos X) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

He contestado estas preguntas de la mejor forma posible

Firma de la paciente

Fecha

SÓLO PARA USO OFICIAL