

Cuestionario prenatal y obstétrico

Fecha _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Profesion	Estado civil	Origen étnico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de domicilio Calle _____ Núm. apartamento _____ Ciudad Estado Código postal _____	Teléf. domicilio _____ Teléf. celular _____	Profesion empleador y dirección del trabajo Empleador _____ Dirección del trabajo _____ Teléf. del trabajo _____			

¿La han atendido en esta clínica anteriormente? _____ Si es así, ¿cuándo? _____
 Número de seguro social: _____
 Seguro privado: _____ Nombre del asegurado: _____
 Núm. de póliza o grupo _____ Seguro social del asegurado _____ Deducible: _____
 Núm. de Medicaid _____ Tipo de Medicaid _____

¿Cuál fue el primer día de su último período? _____ ¿El período fue NORMAL o ANORMAL? ¿Está SEGURA o INSEGURA sobre esta fecha? Sus períodos son normalmente: REGULARES o IRREGULARES? ¿Es intenso, leve o moderado el flujo de sangre? ¿Con qué frecuencia tiene su período habitualmente? Cada _____ días. ¿Cuánto tiempo dura el flujo de sangre habitualmente? _____ días. ¿Dolor o cólicos con los períodos? SÍ NO A VECES.	_____ ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ ¿Cuántos nacimientos vivos? _____ ¿Cuántos abortos naturales o electivos? _____ ¿Cuántos hijos en la casa? Describa el último tipo de anticonceptivo que uso antes del embarazo y cuándo dejó de usarlo. Si ha usado pastillas anticonceptivas en el pasado, ¿cuándo dejó de tomarlas? Peso Normal _____ Estatura _____ Peso justo antes del embarazo _____
---	---

Favor de anotar todos sus embarazos anteriores.

EMBARAZO NÚMERO	FECHA	SEMANAS DE EMBARAZO	VAGINAL O CESÁREA	DURACIÓN DEL PARTO	ANESTESIA	HOSPITAL	SEXO DEL BEBÉ	PESO DEL BEBÉ	COMPLICACIONES
1									
2									
3									
4									
5									

Durante ESTE embarazo, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?

¿Le ha dicho el doctor que va a tener mellizos o que alguna prueba ha sido anormal? _____

SÍ	NO	PROBLEMA MÉDICO	SÍ	NO	PROBLEMA MÉDICO
		NAUSEA OR VOMITING?			¿TIENE DOLOR AHORA? ¿DÓNDE? _____
		¿SANGRADO VAGINAL?			¿ES CONSTANTE SU DOLOR?
		¿DOLOR AL ORINAR?			¿VA Y VIENE EL DOLOR?
		VAGINAL DISCHARGE			¿QUÉ MEJORA SU DOLOR? ¿QUÉ LO EMPEORA?
		DOLOR ABDOMINAL			

Explique se responde "Sí" a alguna pregunta.

Durante los embarazos ANTERIORES, ¿tuvo alguno de los siguientes?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		¿BEBÉ MORTINATO?			EL BEBÉ TUVO ICTERICIA
		¿CON MALFORMACIÓN O ANORMALIDAD CONGÉNITA?			¿SANGRADO EXCESSIVO (HEMORRAGIA) DESPUÉS DEL PARTO?
		¿MUERTE DEL BEBÉ DESPUÉS DEL PARTO?			¿HOSPITALIZACIÓN ANTES DEL PARTO?
		¿BEBÉ PREMATURO?			INYECCIONES RHOGAM
		¿BEBÉ CON INFECCIÓN GRAVE?			¿ALGUNA OTRA OCURRENCIA FUERA DE LO COMÚN?
		¿BEBÉ ADMITIDO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?			
Explique se responde "Sí" a alguna pregunta:					

Tiene un historial personal de alguno de los siguientes?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
SALUD GENERAL			OÍDOS		
		OBESIDAD			INFECCIONES DE OÍDO
		PESO DEBAJO DE LO NORMAL			PÉRDIDA AUDITIVA
		ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA			USA AUDÍFONOS
		LIMITACIONES MENTALES O FÍSICAS			RUPTURA DEL TÍMPANO
		MAL ESTADO DENTAL			
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
CABEZA			NARIZ		
		DOLORES CRÓNICOS DE CABEZA			NARIZ FRACTURADA
		MIGRAÑAS			SINUSITIS
		CONMOCIÓN CEREBRAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO			SANGRADO NASAL FRECUENTE
		EPILEPSIA O CONVULSIONES			DEFECTO DEL TABIQUE NASAL
		TUMORES			CIRUGÍA NASAL
OJOS			GARGANTA		
		USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO			TONSILITIS O AMIGDALECTOMÍA
		VISIÓN BORROSA			ADENOIDECTOMÍA
		VISIÓN NOCTURNA DEFICIENTE			DOLOR DE GARGANTA POR ESTREPTOCOCOS
		MANCHAS EN LA VISTA QUE SE MUEVEN O PUNTOS CIEGOS			LARINGITIS (PÉRDIDA DE LA VOZ)
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
CUELLO			GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO)		
		GANGLIOS LINFÁTICOS ALTERADOS			DIABETES
		PROBLEMAS O CIRUGÍA DE LA TIROIDES			ÚLCERAS, PROBLEMAS ESTOMACALES
		LESIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE			COLITIS, SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE
		LIMITACIÓN PARA MOVERSE			DIARREA CRÓNICA
RESPIRATORIO			ESTREÑIMIENTO CRÓNICO		
		PROBLEMAS PULMONARES			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN (BULIMIA, ANOREXIA)
		TUBERCULOSIS (O ISONIAZIDA)			HEMORROIDES O PROBLEMAS RECTALES
Explique se responde "Sí" a alguna pregunta:					

RESPIRATORIO (Cont.)			GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO) (Cont.)		
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MEDICO
		PRUEBA POSITIVA DE TUBERCULOSIS			PROBLEMAS CON LA VESÍCULA
		NEUMONÍA O BRONQUITIS			VEGETARIANA
		ASMA	URINARIO		
		NEUMOTÓRAX (PULMÓN COLAPSADO)			INFECCIONES DE VEJIGA (URINARIAS)
CARDÍACO (CORAZÓN)					INFECCIÓN DE RIÑONES (PIELONEFRITIS)
		ENFERMEDAD/PROBLEMAS DEL CORAZÓN O LATIDOS IRREGULARES			PIEDRAS EN EL RIÑÓN
		HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL ALTA)			CIRUGÍA DE VEJIGA O RIÑÓN
		HIPOTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL BAJA)			SALIDA ACCIDENTAL DE ORINA (INCONTINENCIA)
		SOPLO EN EL CORAZÓN			PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA
HEMATOLOGÍA			LINFÁTICO		
		HEPATITIS			GANGLIOS LINFÁTICOS ALTERADOS
		COÁGULOS O DERRAME CEREBRAL			ENFERMEDAD DE HODGKIN
		VÁRICES			ERITEMA NODOSO
		RASGOS O ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES			VEGETARIANA
		GRUPO SANGUÍNEO ALTERADO (HEMOGLOBINOPATÍA)	NEUROPSIQUIÁTRICO		
		TRANSFUSIÓN DE SANGRE			PROBLEMAS EMOCIONALES
		LEUCEMIA			HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
		ANEMIA (NIVEL BAJO DE GLÓBULOS ROJOS O HIERRO)			DEPRESIÓN O ANSIEDAD
		HEMORRAGIA (PÉRDIDA EXCESIVA DE SANGRE)			ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ
		PRUEBA POSITIVA DE VIH O SIDA			PROBLEMAS MATRIMONIALES
		RESULTADO POSITIVO DE ANTICUERPOS			SE ATIENDE CON UN PSIQUIATRA, PSICÓLOGO
GINECOLOGÍA			GINECOLOGÍA (Cont.)		
		PROBLEMAS CON PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS			ABORTO NATURAL
		PRUEBA ANORMAL DE PAPANICOLAOU (DISPLASIA O NIC)			ABORTOS (ELECTIVOS)
		COLPOSCOPIA (EVALUACIÓN MICROSCÓPICA DE CUELLO UTERINO)	MUSCOLOESQUELÉTICO		
		CRIOCIRUGÍA (CONGELAMIENTO DEL CUELLO UTERINO)			DOLORES AGUDOS/GENERALIZADOS O TORCEDURAS MUSCULARES
		BIOPSIA DE CONO (EXTRACCIÓN DE PARTE DEL CUELLO UTERINO)			FRACTURAS DE HUESOS O LESIÓN A MÚSCULOS O HUESOS
		EVALUACIÓN DE INFERTILIDAD			ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS (ESCOLIOSIS)
		RELACIONES SEXUALES DOLOROSAS			DEFECTOS CONGÉNITOS O DEFORMACIONES GENÉTICAS
		EXPLOTACIÓN, ABUSO, VIOLACIÓN SEXUAL			RESTRICCIONES FÍSICAS EN MOVIMIENTOS
		FIBROMAS DEL ÚTERO			SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO
		QUISTES OVÁRICOS			ACUDE FRECUENTEMENTE A QUIROPRÁCTICO
Explique se responde "Sí" a alguna pregunta:					

		INFECCIONES VAGINALES RECURRENTES (FRECUENTES)			ALERGIAS
		ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			MEDICINAS:
		ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS, GONORREA, CLAMIDIA, HERPES, TRICOMONAS)			
		ÚLCERAS GENITALES			ALIMENTOS:
S	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
OTROS PROBLEMAS MÉDICOS					
		¿FUMA O MASTICA TABACO?			¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?
		¿HA USADO ALGUNA VEZ MARIHUANA, ANFETAMINAS, COCAÍNA, HEROÍNA, CRACK, LSD, ÁCIDO U OTRAS DROGAS QUE ALTERAN LA MENTE?			¿CONSUME SUSTANCIAS EXTRAÑAS (ALMIDÓN, PINTURA, ARCILLA)?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

¿Tuvo alguna de las siguientes enfermedades o cirugías en la niñez?

S	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		VARICELA (O SE VACUNÓ)			EXTRACCIÓN DEL APÉNDICE
		SARAMPIÓN (RUBÉOLA) (O SE VACUNÓ)			BIOPSIA DEL SENO
		FIEBRE REUMÁTICA			CIRUGÍA PARA AGRANDAR O REDUCIR LOS SENOS
		FIEBRE ESCARLATINA			CIRUGÍA BUCAL
		PAPERAS (O SE VACUNÓ)			CIRUGÍA PLÁSTICA
		SARAMPIÓN ALEMÁN (RUBÉOLA) (O SE VACUNÓ)			LAPAROSCOPIA
		EXTRACCIÓN DE VESÍCULA BILIAR			DILATACIÓN Y RASPADO
					¿ALGUNA OTRA CIRUGÍA?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

¿Tiene algún miembro inmediato de su familia alguna de las siguientes?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		ENFERMEDAD CARDÍACA O ATAQUE CARDÍACO			DISTROFIA MUSCULAR O FIBROSIS QUÍSTICA
		PRESIÓN ARTERIAL ALTA			COREA DE HUNTINGTON
		ENFERMEDAD DE RIÑONES O VEJIGA			ENFERMEDAD DE TAY-SACHS
		TUBERCULOSIS			PARTO DE MELLIZOS O MÚLTIPLES BEBÉS
		DIABETES			CÁNCER
		TRASTORNO EMOCIONAL O MENTAL			ENFERMEDAD CRÓNICA
		DERRAME CEREBRAL, COÁGULOS O FLEBITIS			ABUSO DE DROGAS
		VARIACIONES DE LA SANGRE (CÉLULAS FALCIFORMES, TALASEMIA)			OPERACIONES MAYORES
		HEMOFILIA			COMPLICACIONES CON EMBARAZOS
		DEFECTOS CONGÉNITOS, SÍNDROME DE DOWN, DEFECTOS DEL TUBO NEURAL			¿TOMÓ SU MADRE ALGUNA HORMONA MIENTRAS ESTABA EMBARAZADA CON USTED?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

Escriba las medicinas que toma o usa actualmente: _____

¿Cómo aprende mejor nueva información? (Marque todas las que correspondan):

_____ Instrucción verbal _____ Instrucción escrita _____ Demostración _____ Práctica

_____ Otra: Explique _____

OFFICE USE ONLY:

Accepted Denied Signature: _____

Assign to: 1st year 2nd year 3rd year 4th year Specific: _____

EVALUACIÓN DE NECESIDADES PSICOLÓGICAS

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de servicios sociales. Cuando se revise la información, la podrían remitir a nuestra trabajadora social quien podría querer reunirse con usted para abordar sus preguntas o inquietudes.

Haga un círculo en la respuesta que mejor refleje cómo se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo cómo se siente hoy.

<p>1. He podido reírme y ver el lado divertido de la vida. 0 = Igual que siempre 1 = No tanto como antes 2 = Definitivamente no tanto como antes 3 = Para nada</p>	<p>6. Me he sentido abrumada. 3 = Sí, casi no he podido hacerle frente a la vida 2 = Sí, a veces no he podido hacerle frente a la vida como antes lo hacía 1 = No, casi siempre he podido hacerle frente bien a la vida 0 = No, he podido hacerle frente a la vida tan bien como siempre</p>
<p>2. He esperado con entusiasmo las cosas. 0 = Igual que siempre 1 = Un poco menos que antes 2 = Definitivamente menos que antes 3 = Casi nada</p>	<p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir. 3 = Sí, casi no he podido hacerle frente a la vida 2 = Sí, a veces no he podido hacerle frente a la vida como antes lo hacía 1 = No, casi siempre he podido hacerle frente bien a la vida 0 = No, he podido hacerle frente a la vida tan bien como siempre</p>
<p>3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, algunas veces 1 = No muy a menudo 0 = No, nunca</p>	<p>8. Me he sentido triste o miserable. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, algunas veces 1 = No muy a menudo 0 = No, para nada</p>
<p>4. Me he sentido con ansiedad o preocupada sin ningún motivo obvio. 0 = No, para nada 1 = Casi nunca 2 = Sí, algunas veces 3 = Sí, muy a menudo</p>	<p>9. Me he sentido tan infeliz que me la he pasado llorando. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, muy a menudo 1 = Solo ocasionalmente 0 = No, nunca</p>
<p>5. Me he sentido temerosa o aterrada sin ningún motivo obvio. 3 = Sí, con mucha frecuencia 2 = Sí, algunas veces 1 = No mucho 0 = No, para nada</p>	<p>10. He pensado en hacerme daño. 3 = Sí, muy a menudo 2 = Algunas veces 1 = Casi nunca 0 = Nunca</p>
	<p>_____ PUNTUACIÓN TOTAL</p>

COMENTARIOS ADICIONALES:

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de dietética. Responda a las siguientes preguntas y si tiene comentarios anótelos abajo.

SI	NO	ALGUNAS VECES	DECLARACIÓN
			Tomo una multivitamina todos los días.
			Omito comidas o paso períodos largos sin comer.
			Tengo un historial de diabetes
			Tengo un historial de anemia
			Tengo un historial de trastornos de la alimentación, como bulimia o anorexia
			Tengo un historial de presión arterial alta
			Actualmente tengo problemas con náuseas y vómito
			Actualmente tengo problemas con estreñimiento o diarrea
			Actualmente tengo problemas con calambres en las piernas
			Actualmente tengo problemas con acidez
			Actualmente tengo problemas con alergias a la leche
			Tengo 18 años o menos
			Actualmente tengo deseos de consumir cosas que no son alimentos, como arcilla o tierra
			Actualmente sigo una dieta especial
			Actualmente mi peso se encuentra por debajo de lo normal
			Actualmente tengo sobrepeso
			Tengo problemas con el hecho de que no como suficiente
			Creo que necesito asesoramiento individual sobre la nutrición

COLOQUE UNA MARCA (✓) EN LOS ALIMENTOS QUE CONSUME REGULARMENTE

<input type="checkbox"/> Leche sin grasa o con 1% de grasa	<input type="checkbox"/> Pescado	<input type="checkbox"/> Frutas	<input type="checkbox"/> Margarina	<input type="checkbox"/> Agua
<input type="checkbox"/> Leche baja en grasa	<input type="checkbox"/> Pollo/Pavo	<input type="checkbox"/> Verduras	<input type="checkbox"/> Mayonesa	<input type="checkbox"/> Jugo
<input type="checkbox"/> Leche entera	<input type="checkbox"/> Carne roja baja en grasa	<input type="checkbox"/> Cereal de granos naturales	<input type="checkbox"/> Aderezos	<input type="checkbox"/> Gaseosas
<input type="checkbox"/> Yogur (regular o congelado)	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Cereales con azúcar	<input type="checkbox"/> Nueces	<input type="checkbox"/> Kool-Aid
<input type="checkbox"/> Requesón	<input type="checkbox"/> Frijoles	<input type="checkbox"/> Pan blanco	<input type="checkbox"/> Aceite de cocinar	<input type="checkbox"/> Postres
<input type="checkbox"/> Queso	<input type="checkbox"/> Hamburguesas	<input type="checkbox"/> Pan de trigo	<input type="checkbox"/> Chocolate	<input type="checkbox"/> Dulces
<input type="checkbox"/> "Cremas" (helado o nieve, crema agria, queso, crema batida)	<input type="checkbox"/> Hot dogs	<input type="checkbox"/> Arroz integral	<input type="checkbox"/> Comidas rápidas/fritas	<input type="checkbox"/> Galletas dulces
	<input type="checkbox"/> Pollo frito	<input type="checkbox"/> Arroz blanco	<input type="checkbox"/> Salsas cremosas y otras salsas	<input type="checkbox"/> Productos de pastelería

COMENTARIOS ADICIONALES: