



PAQUETE DE CUIDADOS PRENATALES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

1. Marque cualquier afección que tenga o haya tenido en el pasado:

- | | | |
|--|---|--|
| Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática/soplo cardíaco <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> |
| Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> | Asma <input type="checkbox"/> | Hepatitis <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta <input type="checkbox"/> | Tuberculosis <input type="checkbox"/> | Úlcera péptica <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar/dificultad para respirar <input type="checkbox"/> | Hemorroides <input type="checkbox"/> |
| Trombocitopenia/sensibilización al Rh <input type="checkbox"/> | Epilepsia <input type="checkbox"/> | Enfermedad intestinal <input type="checkbox"/> |
| Anemia <input type="checkbox"/> | Depresión <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> |
| Anemia drepanocítica <input type="checkbox"/> | Problemas nerviosos o mentales <input type="checkbox"/> | Trastorno tiroideo <input type="checkbox"/> |
| Coágulos sanguíneos <input type="checkbox"/> | Enfermedad del colágeno o lupus <input type="checkbox"/> | Artritis <input type="checkbox"/> |
| Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> | Infecciones de la vejiga o los riñones <input type="checkbox"/> | Infección pélvica <input type="checkbox"/> |
| Fibromas <input type="checkbox"/> | Bulto o tumor en el cuello uterino o la pelvis <input type="checkbox"/> | Embarazo molar <input type="checkbox"/> |
| Herpes <input type="checkbox"/> | Clamidia <input type="checkbox"/> | Gonorrea <input type="checkbox"/> |
| Sífilis <input type="checkbox"/> | VIH <input type="checkbox"/> | |

2. ¿Ha tenido alguna lesión o cirugía importante? **Sí** _ **No** _

3. ¿Tiene algún problema de salud o síntoma ahora? **Sí** _ **No** _

4. ¿Ha tomado algún medicamento con o sin receta desde su último período menstrual? **Sí** _ **No** _

5. En los últimos meses, ¿ha estado cerca de una persona con sarampión (rubéola) o ha tenido una temperatura de 103 grados o más? **Sí** _ **No** _

6. ¿Le preocupa haber contraído el virus del Zika? **Sí** _ **No** _ En los últimos meses, ¿ha viajado a una zona donde el virus del Zika sea endémico? Si es así, ¿a dónde? _____

7. ¿Es alérgica a algún medicamento, alimento o tiene alergias estacionales? **Sí** _ **No** _

8. ¿Su período suele ser irregular? ¿Cuántos días dura su ciclo menstrual? **Sí** _ **No** _

9. ¿Alguna vez ha tenido una prueba de papanicoláu anormal? **Sí** _ **No** _ ¿Cuándo? ____

10. ¿Se ha sometido a una conización quirúrgica o un cerclaje cervical? **Sí** _ **No** _

11. ¿Cuándo fue su última prueba de papanicoláu? _____

12. ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo este año? **Sí** _ **No** _

13. ¿De qué tipo? _____ Si usó un DIU, ¿cuándo se lo quitaron? _____ Si tomó píldoras anticonceptivas, ¿experimentó algún efecto secundario? **Sí** _ **No** _ ¿Cuándo dejó de tomarlas? _____

14. ¿Alguna vez ha tenido problemas para quedar embarazada? **Sí** _ **No** _

15. ¿Alguna vez ha estado expuesta a radiación, productos químicos o dietilestilbestrol (DES), o ha recibido rayos X durante este embarazo? **Sí** _ **No** _

16. ¿Alguna vez usted o el padre del bebé recibieron una transfusión de sangre, tomaron medicamentos intravenosos, o tuvieron relaciones sexuales con un hombre gay o bisexual o con una persona que sospechan que tenía VIH o sida? **Sí** _ **No** _

17. ¿Fuma cigarrillos? **Sí** _ **No** _ ¿Cuántos por día? _____

18. ¿Bebe vino, cerveza o alcohol? **Sí** _ **No** _ ¿De qué tipo? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

19. ¿Ha consumido drogas recreativas (como cocaína, marihuana, etc.) desde su última menstruación? **Sí** _ **No** _

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____

20. ¿Este embarazo ocurrió por sorpresa? **Sí** _ **No** _
21. ¿Siente que necesita más apoyo emocional para este embarazo? **Sí** _ **No** _
22. ¿Siente mucho estrés en su vida en este momento? **Sí** _ **No** _
23. ¿Sigue algún tipo de dieta? **Sí** _ **No** _
24. ¿Tiene un pozo de agua privado? **Sí** _ **No** _ Si la respuesta es afirmativa, ¿alguna vez se ha analizado el agua? **Sí** _ **No** _

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PRUEBAS GENÉTICAS

25. ¿Tendrá 35 años o más cuando nazca el bebé? **Sí** _ **No** _
26. ¿Usted y el padre del bebé son parientes consanguíneos? **Sí** _ **No** _
27. ¿Ha tenido el padre del bebé alguna de las siguientes afecciones?
- Hepatitis o ictericia **Sí** _ **No** _
 - Enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea, clamidia, etc.) **Sí** _ **No** _
 - Herpes o picazón, llagas o dolor genital recurrente **Sí** _ **No** _
 - VIH o sida **Sí** _ **No** _
28. En los últimos meses, ¿el padre del bebé ha viajado a algún estado de los EE. UU. afectado por el virus del Zika (es decir, Florida o los estados del sur)? **Sí** _ **No** _ Si es así, ¿a dónde? _____ ¿O ha viajado fuera de los EE. UU. a una zona donde el virus del Zika sea endémico? **Sí** _ **No** _

Si es así, ¿a dónde? _____

29. ¿Usted, el padre del bebé o alguien de cualquiera de sus familias ha tenido alguna de las siguientes afecciones?
- Síndrome de Down **Sí** _ **No** _
 - Gemelos, mellizos o trillizos **Sí** _ **No** _
 - Defecto del tubo neural, como anencefalia o espina bífida (mielomeningocele o espina bífida abierta) **Sí** _ **No** _
 - Diabetes **Sí** _ **No** _
 - Hipertensión **Sí** _ **No** _
 - Problemas psicológicos o psiquiátricos **Sí** _ **No** _
 - Enfermedad de Huntington **Sí** _ **No** _
 - Retraso mental **Sí** _ **No** _
 - Hemofilia **Sí** _ **No** _
 - Abuso de alcohol o sustancias **Sí** _ **No** _
 - Fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU) **Sí** _ **No** _
 - Fibrosis quística **Sí** _ **No** _
 - Distrofia muscular **Sí** _ **No** _
 - Defecto congénito **Sí** _ **No** _
 - Otro defecto congénito, trastorno familiar o anomalía cromosómica **Sí** _ **No** _
30. En alguna relación anterior, ¿usted o el padre del bebé han tenido un hijo, nacido vivo o muerto, con uno de los defectos congénitos mencionados anteriormente?
- Sí** _ **No** _ En caso afirmativo, ¿cuál era el defecto y quién lo tenía? _____
31. ¿Alguno de ustedes se ha hecho un estudio cromosómico? **Sí** _ **No** _
32. Responda las siguientes preguntas según su linaje y el linaje del padre del bebé:
- Judío: ¿Alguno de ustedes se sometió a una prueba de enfermedad de Tay-Sachs? **Sí** _ **No** _
 - Negro o afroamericano: ¿Alguno de ustedes se sometió a un examen de drepanocitos? **Sí** _ **No** _
 - Italiano, griego o mediterráneo: ¿Alguno de ustedes se sometió a una prueba de beta talasemia? **Sí** _ **No** _
 - Filipino o del sudeste asiático: ¿Alguno de ustedes se sometió a una prueba de beta talasemia? **Sí** _ **No** _
- En caso afirmativo, indique quién se hizo la prueba y cuáles fueron los resultados: _____
33. ¿Cree que tiene un mayor riesgo de tener un bebé con un defecto congénito o un problema genético? **Sí** _ **No** _
34. ¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud o sobre este embarazo? **Sí** _ **No** _