

Cuestionario de Inscripción

La información que Ud. provee es confidencial y no afectará sus beneficios de salud. La mejor respuesta es una respuesta honesta para que podamos apoyarle durante su embarazo. Favor de devolver el cuestionario aun si decidiera no contestar algunas preguntas.

Nombre _____ Apellidos _____ No. de identificación del seguro _____

- Fecha de hoy ____ / ____ / ____
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ____ / ____ / ____
- ¿Cuándo debe nacer el bebé? ____ / ____ / ____
- ¿Quién le da atención prenatal? Dirección: _____
Nombre y apellido: _____ Teléfono: () _____
- ¿Cuándo fue su primera consulta prenatal? ____ / ____ / ____
- Espera: Un bebé Gemelos (Cuates) Trillizos
- Durante este embarazo o un embarazo previo, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas?

Favor de marcar la(s) caja(s) apropiada(s)	Este Embarazo	Embarazo previo
Cerclaje (cerraron la cerviz con puntos)		
Diabetes gestacional (diabetes sólo durante el embarazo)		
Infección de estreptococo Grupo B		
Alta presión de la sangre (toxemia, pre-eclampsia, o hipertensión a causa del embarazo)		
Infecciones a los riñones o la vejiga		
Oligohidramnios (falta de fluido alrededor del bebé)		
Vómitos persistentes		
Placenta previa (placenta está muy baja en el útero, y cubre la cerviz parcial o completamente)		
Polyhidramnios (demasiado fluido alrededor del bebé)		
Ruptura prematura de membranas		
Entrar en parto prematuro (antes de semana 37 del embarazo)		
Flujo de sangre en la vagina		

- Indique todos sus embarazos anteriores (*por favor, adjunte una hoja adicional si es necesario*):

No.	Fecha	No. de semanas que duró el embarazo	¿Terminó en cesárea, malparto o aborto?	Peso del bebé	Niño o Niña
	2/15/89	9	Malparto (EJEMPLO)	desconocido	desconocido
	6/15/93	42	Parto vaginal (EJEMPLO)	6 lbs 2 onzas	Niño
1					
2					
3					
4					

- Indique cualquier medicina que usa normalmente (incluyendo las recetas, remedios de yerbas, medicinas compradas sin receta como Tylenol, antihistaminas, y vitaminas incluyendo las prenatales):

- ¿Tiene sangre de tipo Rh negativa? Sí No
- ¿Cuánto mide? _____ ¿Cuánto pesaba antes de quedar embarazada? _____
- ¿Cuántas porciones de cada tipo de comida come en un día típico?
Pan/cereales _____ Verduras _____ Frutas _____ Leche/productos lácteos _____
Carnes/proteínas _____ Grasas/aceites _____ Fluidos (vasos de 8 onzas) _____

13. ¿Hace ejercicio regularmente? Sí ¿Qué tan frecuentemente? _____ Tipo de ejercicio _____
 No
14. ¿Tiene Ud., el padre del bebé, o alguno de sus hijos antecedentes de alguna enfermedad genética (incluyendo pero no limitadas a, _____ síndrome de Down, defectos de la médula espinal, hemofilia, distrofia muscular, etc.)?
 Sí (indique condición) _____ ¿Quién? Ud. El padre del bebé Su Hijo
 No
 No sé
15. ¿Tomó su madre DES (Diethylstilbestrol; usada hasta 1971 para prevenir los malpartos) mientras estaba embarazada de Ud.? Sí No No sé
16. ¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes condiciones cuando Ud. no ha estado embarazada ? (marque todas que le apliquen):
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Hospitalizada por una condición de salud mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia (que requiere tratamiento) _____ | <input type="checkbox"/> Infertilidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Lupus _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I _____ Tipo II _____ | <input type="checkbox"/> Flebitis (coágulos de sangre en las piernas) _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio _____ | <input type="checkbox"/> Desarreglo convulsivo(tratamiento) _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón (tratamiento) _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida por el sexo _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ B _____ C _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía (enumérelas) _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____
¿Cuál es su presión normalmente? _____ | <input type="checkbox"/> Fibroides del úterino y/o anomalías _____ |
| <input type="checkbox"/> Positiva de VIH _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
17. Ha tenido la varicela o sido vacunada contra la varicela? Sí No
18. ¿Fuma Ud.? Sí Menos que 1 cajita por día Más que 1 cajita por día
 No Otra persona en mi casa fuma
19. Desde saber que está embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma por semana, si es que toma?
 Ninguna 1 a 2 bebidas más que 2 bebidas
20. Desde saber que está embarazada, ¿ha usado alguna droga ilícita (por ejemplo, cocaína, marihuana, etc.)?
 No Sí (por favor, indique cuáles) _____
21. El abuso durante el embarazo conlleva mayor riesgos de parto prematuro y es más común de lo que muchos piensan. El abuso se define como ser golpeada, cacheteada, pateada, esforzada a tener relaciones sexuales, o de otra manera físicamente lastimada por otro. ¿Durante el año pasado ha sufrido algún tipo de abuso? Sí No
22. Calcule su nivel total de estrés en una escala del 1-10 (1 Poco – 10 Mucho) _____
23. ¿Con quiénes actualmente cuenta como sistema de apoyo (indique los que le apliquen)?
 Esposo/pareja Familia Amigos Otro _____
 Club/Organización Iglesia Nadie
24. ¿Cuál es su estado civil? _____
25. ¿Cuál es su origen étnico? _____
26. ¿Cuántos años de escuela terminó Ud.? _____
27. ¿Tiene trabajo ahora? Sí ¿Cuántas horas por semana? _____
 No
28. ¿Cuál es la mejor manera para comunicarnos con Ud. para seguimiento?
 Por teléfono (de día) (_____) _____
 Por correo electrónico _____@_____

Gracias por tomar el tiempo para llenar este cuestionario. Le animamos a hacernos sus preguntas y hablar de sus dudas, y será nuestro placer trabajar con Ud. durante su embarazo.