

Evaluación/Examen de Embarazo

Nombre _____ **Edad** _____ **Fecha de Hoy** _____

Dirección _____ **Número de Teléfono** _____
Podemos decir Planned Parenthood? Sí No

La última menstruación fue el _____ (LMP)

La menstruación mía viene/no viene con regularidad. (círcule una)

El método anticonceptivo que uso o que mi pareja usa, ultimamente es _____.

Alergias Ninguno Medicamentos _____ ¿Alergia al latex? Si No

Historia Médica: (Por favor marque a continuación ✓)

Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Graves problemas de válvula cardiaca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si marcó si, ¿está tomando medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades respiratorias (enfisema) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del corazón/ataque <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El VIH o el SIDA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad/ Problemas de hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones epilépticas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de la glándula suprarrenal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Abuso de Alcohol o Drogas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Porfiria (deficiencia de enzyme) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Lactancia materna ahora? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Historia de coágulos de sangre cerebral, apoplejía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha sido diagnosticado recientemente con Derrame pulmonía o bronquitis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer (inclusive del seno) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alto nivel de colesterol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Jaquecas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desorden alimenticio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad grave <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Condición de la tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

último ataque _____ medicinas actuales _____, que tan frecuente son los ataques _____

Síntomas de Embarazo

Cansancio fuera de lo normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nausea o vómitos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Sensibilidad o plenitud en los senos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Orina frecuentemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mareo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha sangrado algo o sentido dolor pélvico desde la última menstruación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha sentido dolor continuo en un solo lado de la pelvis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Flujo anormal por la vagina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Calambres abdominales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Picazón o ardor vaginal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historial Médico de Familia:

¿Tiene un padre o un hermano que á tenido un ataque al corazón o un derrame cerebral antes de los 55 años? Si No

¿Tiene una madre o una hermana que á tenido un ataque al corazón o un derrame cerebral antes de los 55 años? Si No

Historia de Embarazo

¿Cuántas veces has estado embarazada? _____ Si usted ha estado embarazada en el pasado, ¿cuántos:

Aborto provocado	Aborto involuntario	Embarazo ectópico	Parto(s) de término completo(s)		Parto(s) prematuro(s)	
Fecha(s)	Fecha (s)	Fecha (s)	Fecha (s)	Peso al nacer	Fecha (s)	Peso al nacer