

Care for Women Cuestionario de Obstetricia

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Felicitaciones en este momento tan especial de su vida. Apreciamos que nos permita compartir y atenderla en su embarazo. Para el mejor cuidado suyo y de su bebe, necesitamos saber un poco mas de su informacion.

Los exámenes geneticos son OPCIONALES en su embarazo y usted elige si siente que los resultados cambiaran el resultado de su embarazo. Revise las siguientes condiciones y marque con una X cualquier condicion que pueda tener algún familiar suyo o del padre del bebe.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Muerte Infantil | <input type="checkbox"/> Rinon Poliquistico |
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Enfermedad/Rasgo de Celula falciaforme | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Tay-sachs |
| <input type="checkbox"/> Retraso Mental/Autismo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Espina Bifida/ Defectos de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Talasemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad/Rasgo de Fibrosis Quistica | <input type="checkbox"/> Galactucima/ fenilcetoriuria |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Labio Leporino/Paladar | <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguineos |
| <input type="checkbox"/> Porfirismo | <input type="checkbox"/> Correa de Huntington- | <input type="checkbox"/> Defectos Cardiacos/ Congenito |
| <input type="checkbox"/> Ceguera/ Sordera | <input type="checkbox"/> Enanismo | <input type="checkbox"/> Defecto de Tubo Neural "Anencefalia" |
| <input type="checkbox"/> Otros trastornos geneticos cromosomicos heredados | <input type="checkbox"/> Cualquier defecto de Nacimiento no Mencionado | |

Porfavor agame saber si usted o el padre son Judios Ashkenazi, del Este de la India o Polinesos. Si se encuentra en uno de los grupos mencionados marque si,y si desea realizarse una prueba de deteccion de Tay-sachs, Celulas Falsiformes, o Talasemia.

Si No

La Fibrosis Quistica aumenta el riesgo de neumonia, pancreatitis,y Anomalidades Digestivas, y tambien causa infertilidad y Disminucion de longevidad. Si desea esta prueba de deteccion marque Si.

Si No

Laboratorios recomendados incluye su tipo de sangre,examen de deteccion de enfermedades venereas, y un chequeo de anemia. Todos estos son altamente recomendados. A las 28 semanas de embarazo ordenamos una prueba de diabetes.

El ultimo tema es sobre la deteccion de Trisomia 13, 18, 21, y defectos del tubo neural como Espina Bifida, Labio Leporino y defectos de la pared abdominal, de Nuevo esto es OPCIONAL, tresomia significa que en lugar de tener un conjunto normal de dos cromosomas hay 3, Trisomia 21, es el síndrome de Down. Ofrecemos pruebas de deteccion para todas las Mamàs, si sale abnormal la prueba de deteccion se recomienda una cita con los especialistas en medicina fetal materna (Medico OB de alto riesgo) para una ecografia extensa del bebe y la oportunidad de elegir y realizar mas pruebas para confirmar la diagnosis.

Por favor escoja si le gustaria obtener una prueba de deteccion

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Prueba | <input type="checkbox"/> Prueba de Primer Trimestre
(Deteccion de 92%)
11-13 semanas= Ecografia y Examen de Sangre
16 semanas=Examen de Sangre | <input type="checkbox"/> Prueba de Segundo Trimestre
(Deteccion de 87%)
16 semanas= Examen de Sangre |
|------------------------------------|---|--|

Fecha _____ Firma de Paciente _____ Imprimir Nombre _____

Testigo _____

¿TIENE AHORA HA TENIDO?

Alergia a Anestésicos Locales.....SI.....NO	Anemia.....SI.....NO	Cancer.....SI.....NO
Tendencia a Sangrar.....SI.....NO	Dolor de Pecho.....SI.....NO	Diabetes.....SI.....NO
Historial de transfusion de sangre....SI.....NO	Ataque al Corazon.....SI.....NO	Enfermedad del Hgado.....SI.....NO
Enfermedad de Senos or Cirugia.....SI.....NO	Cirugia Cosmetica.....SI.....NO	Enfermedad del Corazon....SI.....NO
Ulceras.....SI.....NO	Soplo Cardiaco.....SI.....NO	Utero Anormal.....SI.....NO
Alta Presion Sanguinea.....SI.....NO	Polio.....SI.....NO	Enfermedad del Rinon.....SI.....NO
Epilepsia o convulsionesSI.....NO	Hepatitis/Jaundice.....SI.....NO	Enfermedad del Pulmon ...SI.....NO
Uso excesivo de Alcohol.....SI.....NO	Uso ilegal de Drogas.....SI.....NO	RH sensibilizacion.....SI.....NO
Infecciones del Tracto Urinario.....SI.....NO	Enfermedad de Tiroides...SI.....NO	Fibre Reiunatica.....SI.....NO
Fumar/Usode Tabaco.....SI.....NO	Desorden Autoimmune...SI.....NO	Venas varicosasSI.....NO
Transtornos Neurologicos.....SI.....NO	Psiquiatrico.....SI.....NO	
Trauma/Violencia Domestica.....SI.....NO	Historia de pap Abnormal/VPH.....SI.....NO	
Problema de la Valvula del Corazon/Remplazo...SI.....NO		
Perdida de Embarazo Recurente o un nacimiento mortinato..... SI__NO		

¿ESTA AHORA O ALGUNA VEZ HA ESTADO EXPUESTO A: ?

Toxoplasmosis (Gatos/ Carne Cruda).....SI.....NO	Erupción ó Enfermedad Viral desde ultimo período menstrual.....SI.....NO
Herpes Genital (Paciente o Pareja).....SI.....NO	Tuberculosis.....SI.....NO
Radiación ó Medicación Adictiva.....SI.....NO	Varicela/Herpes.....SI.....NO
Hepatitis B de Alto Riesgo/Inmunizado (Paciente ó Pareja).....SI.....NO	
Historia de Enfermedad de transmision sexual, Clamidia, Gonorrea, ó Sífilis.....SI.....NO	

CONTACTO DE VIRUS DEL ZIKA:

¿Has viajado fuera del estado de Texas en los últimos 6 meses? SI.....NO.....Si es así, a donde?

¿Su pareja ha viajado fuera del estado de Texas en los últimos 6 meses? SI.....NO.....Si es así, a donde?
.....

Si su pareja viajó a una region infectada con Zika, ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección desde que regresaron?
SI.....NO.....

Planea viajar fuera del estado de Texas durante su embarazo SI.....NO.....Si es así, a donde?
.....

El Gobierno quiere que nos aseguremos de que usted sepa que existen ciertos riesgos por estar embarazada y dar a luz. Firmar abajo indica que ha leído y entiende los riesgos.

PARTO VAGINAL: Lesiones en la vejiga al momento del nacimiento o más tarde se puede formar una Fístula causando una comunicación entre la vejiga y la vagina. También es posible lesion en el recto con Fístula. En Segundo lugar, puede ocurrir un sangrado que requiera una transfusión de sangre, hysterectomía u otro tratamiento que resulte en esterilidad. Daño cerebral o incluso la muerte del bebé puede ocurrir como resultado del nacimiento. Muchas veces se desconoce la causa.

NACIMIENTO CESAREANO: Es posible que se produzcan lesiones en la vejiga, el intestino, los uréteres y otrorgano en la pelvis. En Segundo lugar, puede ocurrir un sangrado que requiera una transfusión de sangre, hysterectomía u otro tratamiento que resulte en esterilidad. Daño cerebral o incluso la muerte del bebé puede ocurrir como resultado del nacimiento. Muchas veces se desconoce la causa.

Fecha _____ Firma del Paciente _____ Imprimir Nombre _____

Testigo _____