

Palm Beach Obstetrics & Gynecology LLC
Historia personal-Obtetricia

Nombre: _____

Fecha: _____

Día de nacimiento: _____

Esta parte de su historia médica es confidencial. No se la daremos a ninguna persona o entidad sin su permiso por escrito.

1. Historia de sus embarazos: Ninguno

SI	NO	Número	Año(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Año	Semanas de embarazo	Horas de parto	Peso del bebe	Sexo	Parto Vaginal	Cesarea	Complicaciones

2. Historia genética Adoptada/Desconocida (Escriba cual familiar junto al diagnóstico)

SI	NO	Cual miembro de su familia es afectado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Mongoloidismo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangramiento _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de músculos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de la espina dorsal _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retardación mental _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probemas de autismo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de un bebé en su primer año _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mas de 2 perdidas de embarazo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis cística _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Fragil X _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicklemia _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problémas genéticos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La familia de usted y su esposo son relacionadas por sangre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedo embarazada con tratamientos de infertilidad?

3. Origen etnico

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Italiano, Griego, Español, Portugués, Mediterraneo o del Medio Oriente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Judio, Francés Canadiense o Cajun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asiatico, India
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Africano

Cual es su país de origen: _____
 País de origen del padre del bebé : _____

4. Abitos:

SI	NO		Pasado	Presente	Cantidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene gatos en su casa?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad en su casa/Violencia doméstica			
