

**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"/> Pérdidas	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abortos	_____	_____

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?	_____

**Origen etnico**

Italiano, Griego, Español, Portugués, Mediterraneo o del Medio Oriente  
 Judio, Francés Canadiense o Cajun  
 Asiatico, India  
 Africano

Cual es su país de origen: \_\_\_\_\_

País de origen del padre del bebé : \_\_\_\_\_

**9. 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: _____

Tiene gatos en su casa?  
 Seguridad en su casa/Violencia doméstica