



Nombre (letra de molde): _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información personal

Primera fecha del último período menstrual (*LMP*, en inglés): _____ o Fecha prevista de parto: _____

Altura: _____ Peso: _____ Nombre de la clínica prenatal o proveedor: _____

Estado civil: Soltera Casada Otro _____

Ocupación: _____

Nivel más alto de educación: _____

Raza/Etnia: Asiática Afroamericana Blanca Hispana Otra _____

Nombre de la pareja: _____ No está en una relación

Raza/Etnia de la pareja: Asiático Afroamericano Blanco Hispano Otro _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la consulta de hoy? _____

Historial de embarazos (todos los embarazos)

Nunca ha estado embarazada Primer embarazo

Año del embarazo	Fue: (nacimiento, aborto, aborto espontáneo, embarazo ectópico)	¿Cómo fue su parto? (vaginal, con ventosa, cesárea, etc.)	¿Cuántas semanas/meses de embarazo tenía en el momento del parto?	Problemas para la madre o el bebé (diabetes, preeclampsia, anomalías fetales, etc.)	Hospital donde fue el parto	¿Niño o niña?	Peso del bebé en el momento del nacimiento	Saludable

Alergias

No tengo alergias Soy alérgico a: mariscos yodo látex

Indique cualquier alergia conocida a los medicamentos: _____

Medicamentos actuales

Vitaminas prenatales
 Hierro
 Tylenol
 No toma ningún medicamento

Medicamento	Dosis	Frecuencia (diariamente, etc.)

Historial ginecológico

Ha tenido:

fibroides uterinos
 quistes ováricos
 otro, especifique: _____
 infertilidad
 papanicolaou anormal

 cirugía cervical
 cáncer cervical

Historial médico y familiar

Marque todas las que apliquen:
 Soy adoptada

Enfermedad	Yo	Mi pareja	Madre	Padre	Hermano/ hermana	Otro pariente
NO HAY PROBLEMAS MÉDICOS						
Asma						
Enfermedad autoinmune (lupus, artritis reumatoide, MS, etc.)						
Coágulos sanguíneos						
Transfusión de sangre						
Cáncer (especifique)						
Diabetes						
Solo en el embarazo						
Enfermedad cardíaca						
Soplo en el corazón						
Presión arterial alta						
Solo en el embarazo						
VIH/SIDA						
Enfermedad renal						
Enfermedad del hígado						
Migrañas						
Abortos espontáneos (3 o más)						
Convulsiones						
Infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia, etc.) (indique)						
Enfermedad de la tiroides						
Otra (indique)						

Cirugías:

No ha tenido cirugías

Indique cualquier cirugía que le hayan realizado (incluyendo cesáreas y procedimientos cervicales) y el año:

Estilo de vida:

Actualmente usted:

Fuma tabaco o marihuana No Sí Cantidad diaria _____

Consume alcohol No Sí Bebidas al día _____

Consume drogas No Sí Indique cuáles _____

¿Usted o su pareja viajado fuera de los EE.UU. en los últimos 6 meses?

No Sí ¿Si sí, donde? _____

Historial genético:

¿Usted o el padre de su bebé o alguien más en su familia ha tenido alguno de los problemas que se indican a continuación?

Soy adoptado y no conozco mi historial familiar.

No tengo problemas conocidos ni hay historial familiar (*si la respuesta es NO, continúe con la siguiente sección*).

Enfermedad/tratamiento para la anemia de células caliciformes Distrofia muscular

Fibrosis quística Problemas de aprendizaje

Enfermedad psiquiátrica Otra enfermedad (indique): _____

Defectos congénitos (indique): _____

Afección genética o de cromosomas (es decir, síndrome de Down) (indique): _____

Para cualquiera de las afecciones anteriores, indique cualquier pariente afectado: _____

Prueba genética anterior:

¿Usted o al papá de su bebé le han realizado alguna vez antes una prueba genética? _____

No Sí (indique): _____

¿Existe en la familia del padre del bebé o en la suya ascendencia judía (ashkenazita)? _____

No Sí (indique quiénes): _____

Gracias por tomarse el tiempo en completar este cuestionario.

Devuélvalo al recepcionista cuando lo complete.

Estaremos encantados de atenderle.

Es Usted Víctima de Maltratos?

La persona a quien ama

Amenaza con hacerle daño a usted o a sus hijos?

No Sí

Si le pega, le dice que la culpa es suya y promete no hacerlo más (pero le vuelve a pegar)?

No Sí

La humilla en público o no la deja hablar con su familia o amigos?

No Sí

La tira al suelo, la empuja, le pega, trata de ahorcarla, la pateo o le da bofetadas?

No Sí

La obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no quiere?

No Sí

Si responde "sí" a una o más de estas preguntas, entre usted y su pareja hay una relación abusiva. Pero no está sola y puede conseguir ayuda. Nadie merece ser víctima de abusos. La violencia doméstica es ilegal, y sea cual sea su estado legal de inmigración, usted tiene el derecho de protegerse.

Si la han amenazado o atacado y necesita ayuda urgente, llame al **911**.

Línea directa para llamadas gratuitas en todo el país, atendida las 24 horas del día:

1-800-799-SAFE (7233) (español/ingles) y **1-800-787-3224** (TDD, teletexto para personas sordas)

Virginia: **1-800-8238** 24 horas/texto **804-793-9999** 8 a.m. a 8 p.m.

Maryland: **1-800-MDHELPS** (1-800-634-3577) horario de oficina

Distrito de Columbia: **202-529-5991** 24 horas

Para videoteléfono: **1-855-812-1001** 9 a.m. a 5 p.m. PST, ASL

Cuestionario Sobre Depresión Edimburgo (EPDS)

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebe: _____ Teléfono: _____

Queremos saber como se siente si esta embarazada o ha tenido un bebe recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque ha como se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DIAS**, no solamente como se sienta hoy.

1. He sido capaz de reir y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- Si, la mayoría de las veces
- Si, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Si, a veces
- Si, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Si, bastante
- Si, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- Si, la mayor parte de las veces
- Si, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- Si, la mayoría de las veces
- Si, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Si, casi siempre
- Si, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Si, casi siempre
- Si, bastante a menudo
- Solo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Si, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

Firma medico: _____ Fecha: _____

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

16-MWHC-2884.092016