

Nombre \_\_\_\_\_

Número de historia clínica \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

# Cuestionario prenatal

Nuestra meta es que usted y su bebé estén lo más saludables posible. Complete este cuestionario antes de su primera consulta prenatal y tráigalo a su cita. Su equipo de atención médica revisará el cuestionario con usted y lo usará para su atención.

## Información general

### Información del paciente

Nombre por el que prefiere que se le llame: \_\_\_\_\_

Pronombre preferido (p. ej., ella, él, ellos o ellas): \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Teléfono: Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casada Soltera Viuda Divorciada Separada Pareja doméstica

Otro: \_\_\_\_\_

Grupo étnico/raza: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Años de educación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Con quién comunicarse en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto adicional: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Es usted una madre de alquiler o gestacional en este embarazo? ..... Sí No

### Información de la pareja

Nombre de la pareja: \_\_\_\_\_

Pronombre preferido (p. ej., ella, él, ellos o ellas): \_\_\_\_\_

¿Es este el padre biológico del bebé? ..... Sí No Desconocido

Edad: \_\_\_\_\_

Grupo étnico/raza: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

## Su cuerpo antes de este embarazo

¿Este embarazo fue planeado? ..... Sí No

Primer día del último período menstrual: \_\_\_\_\_ Exacto (+/- un día) Aproximado Desconocido

- ¿Cómo fue la duración y la intensidad de su período menstrual? ..... Normal Anormal
- ¿Tiene el período cada 24-32 días? Sí No: \_\_\_\_\_

Día de concepción, si se sabe: \_\_\_\_\_

¿Recibió tratamiento de fertilidad en este embarazo? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_  
IIU (fecha): \_\_\_\_\_  
Transferencia de embriones (fecha): \_\_\_\_\_

Método de anticoncepción durante el último año:

Ninguno Píldoras Condones DIU Nexplanon Anillo Parche Inyecciones de Depo-Provera  
Planificación familiar natural Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de usar este método? \_\_\_\_\_

¿Tuve tres ciclos menstruales naturales normales consecutivos antes de quedar embarazada? ..... Sí No

¿Estuvo amamantando durante los últimos tres ciclos menstruales? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, ¿está amamantando ahora? ..... Sí No
- Si la respuesta es no, fecha en que dejó de amamantar: \_\_\_\_\_

¿Tiene intenciones de amamantar a su bebé en este embarazo? ..... Sí No Indecisa

¿Tuvo problemas para amamantar anteriormente? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Peso antes de quedar embarazada: \_\_\_\_\_

## Síntomas actuales

Haga una lista de cualquier preocupación o problema que tenga en su embarazo actual (*p. ej., náuseas y vómitos, sangrado vaginal, dolor abdominal u otros síntomas*):

## Alergias y medicamentos

Alergias: ¿A qué medicamentos o medicinas es alérgica o sensible?

Medicamentos	Reacción

Haga una lista de todos los medicamentos que toma actualmente (*incluya los medicamentos de venta con receta médica, de venta sin receta, vitaminas, hierbas*):

Medicamentos	Dosis

## Antecedentes obstétricos y ginecológicos

Embarazos previos (*haga una lista de todos los embarazos, incluya los abortos espontáneos o abortos programados*):

	Fecha (mm/aa)	¿Cuántas semanas duró su embarazo?	Resultado del embarazo (nacido vivo, nacido muerto, pérdida neonatal, terminación del embarazo, aborto espontáneo, otro)	Tipo de parto (vaginal, cesárea, fórceps o vacío)	Peso del bebé	¿Tuvo trabajo de parto prematuro durante el embarazo?	Sexo del bebé	¿Usted o su bebé tuvieron algún problema durante el parto o el trabajo de parto?	¿Hubo otras complicaciones del embarazo?	¿La anestesiaron? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de anestesia? (P. ej., epidural)	Horas de trabajo de parto	Hospital o lugar donde nació el bebé	Nombre del bebé
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

### ¿Tuvo problemas con embarazos previos que no se incluyeron anteriormente?

Presión arterial alta

Preeclampsia

Diabetes gestacional

Sangrado excesivo después del parto

Problemas pélvicos

Explique:

Laceraciones de tercer o cuarto grado

Incontinencia

Otros: \_\_\_\_\_

Ninguno

### Indique las afecciones que tiene ahora o que tuvo en el pasado:

Antecedentes de mioma uterino o útero de forma anormal

Evaluación o tratamiento para la infertilidad

Prueba de papanicolaou anormal y/o papilomavirus humano

Gonorrea

Clamidia

Herpes genital

Sífilis

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

VIH

Ninguna

### ¿Alguna vez le han realizado un procedimiento quirúrgico ginecológico, tal como...?:

Embarazo ectópico o cirugía en las trompas de Falopio

Procedimiento de LEEP

Conización del cuello uterino

Criocirugía (congelación) del cuello uterino

Tratamiento con láser (que no sea estético)

Dilatación y raspado (D y R)

Histeroscopia

Cerclaje

Otro/fecha \_\_\_\_\_

Ninguno

Incluya las fechas y los detalles de los anteriores procedimientos o de cualquier otro problema ginecológico (*p. ej., incontinencia, vulvodinia, vestibulitis vulvar u otro*).

¿Su pareja ha tenido alguna vez herpes genital, VIH, hepatitis vírica u otras afecciones que pudieran afectar este embarazo? ..... Sí No

## Antecedentes médicos/quirúrgicos

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (Seleccione todos los que correspondan)

Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre)

Hipertensión (presión arterial alta)

Asma

Enfermedad cardíaca, prolapso de la válvula mitral o fiebre reumática

Enfermedad autoinmune (p. ej., lupus, artritis reumatoide u otra)

Enfermedad renal, infección renal, infecciones frecuentes de la vejiga u otros problemas del tracto urinario

Epilepsia o convulsiones

Dolor de cabeza tipo migraña

Ataque cerebral

Otros problemas neurológicos

Depresión, ansiedad y/u otro trastorno psiquiátrico

Si la respuesta es sí, explique:

Trastorno alimentario (anorexia, bulimia, otro)

Hepatitis, enfermedad del hígado o ictericia

Coágulos de sangre en las venas, trombosis venosa profunda, inflamación en las venas, flebitis o embolia pulmonar

Sangrado excesivo después de la cirugía o trabajo dental

Anemia

Problemas de seno o cirugías no mencionadas anteriormente

Problemas de tiroides o ha tomado medicamentos para la tiroides

Otros problemas endocrinos

Accidente importante o ha tenido un traumatismo grave

Transfusión de sangre

Ninguno

Procedimientos quirúrgicos, que no sean obstétricos ni ginecológicos: ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿La han hospitalizado por una razón no quirúrgica sin incluir un parto normal? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Cualquier complicación o problema de la anestesia: ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez tratamiento para la tuberculosis o ha estado expuesta a la tuberculosis? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna otra enfermedad infecciosa? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (Seleccione todos los que correspondan)

Anemia perniciosa

Cirugía para bajar de peso

Síndrome del intestino irritable (SII)

Enfermedad celíaca

Enfermedad de Crohn

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Colitis ulcerosa

Mutación en la MTHFR (metilentetrahidrofolato reductasa)

Antecedentes familiares de mutación en la MTHFR

Úlceras, reflujo u otros problemas gastrointestinales

Ninguno

¿Sigue una dieta vegana estricta o tiene otras restricciones alimentarias? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

## Antecedentes familiares y genéticos

¿Le interesa obtener información sobre el análisis de su sangre para detectar anomalías genéticas en el bebé? .. Sí No

• Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Le interesa obtener información sobre la amniocentesis o el muestreo de vellosidades coriónicas para detectar anomalías genéticas en el bebé? ..... Sí No

• Comentarios: \_\_\_\_\_

**¿Usted o el padre biológico del bebé tiene antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes problemas?**  
(Seleccione todos los que correspondan)

Defectos cerebrales, de la médula espinal o del tubo neural (defectos de cierre del tubo neural, espina bífida, anencefalia)	Cualquier trastorno muscular genético, como distrofia muscular o atrofia muscular vertebral (diferente de la EM o esclerosis múltiple)
Enfermedad o defecto cardíaco congénito	Fibrosis quística
Síndrome de Down (u otra anomalía cromosómica)	Enfermedad de Huntington
Síndrome del cromosoma X frágil	Discapacidad intelectual o mental o autismo
Hemofilia (u otro problema hereditario de coagulación sanguínea)	Otros trastornos cromosómicos o genéticos hereditarios
	Ninguno

Si la respuesta es sí, explique:

¿Usted o el padre biológico del bebé es de descendencia judía asquenazí? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, ¿le han hecho a cualquiera de los dos una prueba de detección de...?  
Enfermedad de Tay-Sachs    Enfermedad de Canavan    Disautonomía familiar
- Si la respuesta es sí, ¿a cuál de ustedes se le hizo el estudio de detección y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Usted o el padre biológico del bebé es de descendencia africana o afroamericana? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, ¿le han hecho a cualquiera de los dos una prueba de detección de la anemia drepanocítica o rasgo? ..... Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿a cuál de ustedes se le hizo el estudio de detección y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Usted o el padre biológico del bebé es de descendencia mediterránea o asiática? ..... Sí No

- Si la respuesta es sí, ¿le han hecho a cualquiera de los dos una prueba de detección de...?  
Talasemia    Anemia drepanocítica o rasgo
- Si la respuesta es sí, ¿a cuál de ustedes se le hizo el estudio de detección y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Usted o el padre biológico del bebé tiene...?:

Diabetes dependiente de insulina, fenilcetonuria (FCU), hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) o cualquier otro trastorno metabólico que no se ha mencionado anteriormente en la lista

Un hijo anterior con un defecto o afección médica congénita que necesitó cirugía al nacer que no se ha mencionado antes

Tres o más abortos espontáneos o embarazo previo con resultado de bebé nacido muerto

Un hijo que murió poco después de nacer o durante la niñez

Si la respuesta es sí, explique:

¿Su madre o una hermana tuvo preeclampsia? ..... Sí No

¿Nació usted con bajo peso al nacer (menos de 6 libras)? ..... Sí No

¿Algún miembro directo de su familia toma medicamentos para la tiroides?    Sí    No – Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de otros problemas médicos en su familia que piense que podrían afectar negativamente su salud o este embarazo (como antecedentes de coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones, diabetes, enfermedad psiquiátrica importante u otra)?

## Antecedentes sociales

¿Con quién vive en la actualidad? \_\_\_\_\_

¿Acepta que le hagan una transfusión de sangre para salvarle la vida a usted o a su bebé? ..... Sí No

¿Viajó a una zona afectada por el virus Zika durante este embarazo o en los dos meses antes de quedar embarazada? ..... Sí No

¿Tuvo parejas sexuales que viajaran a una zona afectada por el virus Zika durante este embarazo o en los seis meses antes de quedar embarazada? (Si así es, debe usar condones durante todo el embarazo) ..... Sí No

Si actualmente mantiene una relación, ¿se siente segura en esa relación? ..... Sí No

¿En los últimos 12 meses le han hecho daño físico o emocional o se ha sentido amenazada por una pareja, cuidador actual o del pasado, o alguna persona que conozca? ..... Sí No

• Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Ha sido alguna vez víctima de abuso sexual o violación? ..... Sí No

• Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado una muerte u otro trauma que pudiera afectarla durante este embarazo? ..... Sí No

• Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Hay otros problemas médicos o personales sobre los que no le hayamos preguntado y que piensa que podrían tener importancia para este embarazo? ..... Sí No

• Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que fume en su hogar? ..... Sí No

¿Usa cualquiera de las siguientes cosas?:	Sí	No	Cantidad antes del embarazo	Cantidad durante el embarazo	Años de uso	Fecha en que la dejó
Tabaco						
Alcohol (p. ej., cerveza, vino, licor fuerte)						
Marihuana						
Metanfetamina						
Cocaína						
Heroína						
Speed						
Alucinógenos						
Medicamentos de venta con receta médica que no le han recetado a usted						
Drogas recreativas que no aparecen en la lista						

## Otra información de la paciente

¿Quién es su proveedor de atención médica primaria obstétrica? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el hospital en el que tiene planeado dar a luz? \_\_\_\_\_

Los pacientes son el centro de todo lo que hacemos y creemos que la mejor forma de aprender es escuchar.

¿Le interesaría participar en futuros foros de opiniones de pacientes para ayudar a mejorar la experiencia prenatal en Kaiser Permanente Northwest? ..... Sí No