



Lower Lights

Christian Health Center

Cuestionario de Obstétrica (OB Questionnaire)

Nombre: _____ Fecha: _____
(Name) (Date)

Nombre del padre del bebe: _____ Número telefónico para emergencias: _____
(Father of the baby) (Emergency Phone Number)

Primer día del último periodo menstrual: _____
(Date of last menstrual period)

¿Está segura de esta fecha? Si (Y) / No
(Are you sure of the date?)

¿Fue un periodo normal para usted? Si (Y) / No
(Was this a normal period for you?)

¿Ha tenido una prueba de embarazo? Si (Y) / No
(Have you had a pregnancy test?)

¿Y si es así, cuando y donde? _____
(If yes, when and where?)

Peso antes del embarazo: _____
(Weight before pregnancy)

¿Está inscrito en WIC? Si (Y) / No
(Are you enrolled in WIC?)

¿Quisiera alimentar su bebé con lactancia o biberón? Lactancia / Biberón
(Would you like to breast feed or bottle feed your baby? Breast / Bottle)

¿Conoce su tipo de sangre? Si (Y) / No
(Do you know your blood type?)

¿Y si es así, que tipo es? _____
(If so, what type?)

¿Aceptarías una transfusión de sangre si fuera necesario para salvar su vida? Si (Y) / No
(Would you accept a blood transfusion if it was necessary to save your life?)

¿Cuida usted algún gato? Si (Y) / No
(Do you care for any pet cats?)

¿Utiliza usted un cinturón de seguridad? Si (Y) / No
(Do you wear your seat belt?)

Favor de completar el historial prenatal al siguiente. Si necesita espacio adicional, utilice la parte posterior de esta página. (Please complete the following pregnancy history. Use the back of the form if you need additional space.)

Número de embarazos (Number of pregnancies)	Fecha del parto (Delivery date)	¿Termino completo? ¿Si pre término, cuantas semanas? (Full term? If preterm, how many weeks?)	Horas de labor de parto (Hours in labor)	Tipo de parto- vaginal o cesárea (Type of delivery- vaginal or c-section)	Sexo del bebé (Sex of baby)	Peso del bebé (Weight of baby)	Complicaciones (Complications)

*Complicaciones incluyen labor de parto pre término, pre eclampsia o presión arterial alta, sangrado, infección, desgarro/laceración grave, o depresión postparto. (Complications include pre-term labor, pre-eclampsia or high blood pressure, bleeding, infection, bad tears/laceration, and postpartum depression.)

¿Ha sufrido usted alguna de estos problemas médicos?

(Have you ever had any of these medical problems?)

Trastorno auto inmunológico
(Autoimmune disorder)

Venas varicosas
(Varicose veins)

Problemas del seno
(Breast problems)

Infección del riñón o tracto urinario
(Urinary tract or kidney infection)

Trauma / Violencia
(Trauma/violence)

Historial de Papanicolaou anormal
(History of abnormal pap smear)

Depresión o depresión postparto
(Depression or postpartum depression)

Historial de transfusión de sangre
(History of blood transfusion)

Complicaciones debido a la anestesia
(Complications due to anesthesia)

Alergia al látex
(Latex allergy)

Infertilidad
(Infertility)

¿Alguna vez ha tenido o ha estado expuesto a las siguientes infecciones?

(Have you ever had or been exposed to the following infections?)

Tuberculosis
(Tuberculosis)

Clamidia
(Chlamydia)

Hepatitis B
(Hepatitis B)

Herpes genitales o verrugas genitales
(Genital herpes or genital warts)

Sífilis
(Syphilis)

Hepatitis C
(Hepatitis C)

Gonorrea
(Gonorrhea)

Otras enfermedades transmitidas sexualmente
(Other sexually transmitted diseases)

VIH
(HIV)

¿La madre, el padre, o algún familiar del bebé tiene una historia de problemas genéticos?

(Does the mother, the father, or any relatives of the baby have a history of genetic problems?)

Talasemia
(Thalassemia)

Disautonomía familiar
(Familial dysautonomia)

Retardación mental
(Mental retardation)

Defecto del tubo neural
(Neural tube defect)

Enfermedad o rasgos de anemia drepanocítica
(Sickle cell disease or trait)

Autismo
(Autism)

Defecto Cardíaco Congénito
(Congenital heart defect)

Hemofilia u otro trastorno sanguíneo
(Hemophilia or other blood disorder)

Pérdida recurrente de embarazos o mortinato
(Recurrent pregnancy loss or stillbirth)

Síndrome de Down
(Down's syndrome)

Distrofia muscular
(Muscular dystrophy)

Otros trastornos heredados / genéticos
(Other inherited/genetic disorders)

Enfermedad de Tay-Sachs
(Tay-sach's disease)

Enfermedad de Canavan
(Canavan disease)

Fibrosis Quística
(Cystic fibrosis)

Corea de Huntington
(Huntington's chorea)

¿Quién será el pediatra del bebé? *(Who will be the baby's pediatrician?)* _____

Medicamentos *(Medications):* _____