

Madre para ser:

Espero con interés nuestra asociación durante este importante momento de tu vida. Tendrá aproximadamente 14 visitas al médico durante su embarazo. Por lo general, sus citas son cada 4 semanas hasta las 28 semanas, cada 2 semanas hasta los 36 semanas y luego semanalmente hasta su entrega.

Durante su visita al consultorio OB regular, recibirá un pedido de análisis de sangre para evaluar condiciones que podrían ser peligrosas para el embarazo si no se tartán. Estos laboratorios incluyen su tipo de sangre, recuento de glóbulos, inmunidad contra la rubeola, y la varicela, gonorrea, clamidia, hepatitis, sífilis, virus de inmunodeficiencia humana (virus de SIDA) y otros anticuerpos de sangre irregular. Si es necesario, también puede hacerse una prueba de Papanicolaou. En cada visita se recogerá una muestra de orina para un análisis de orina y un examen de detección de drogas en la orina. La infección de la orina son más frecuentes durante el embarazo. Los resultados se discuten normalmente en su próxima cita programada; a menos que haya un problema que deba abordarse antes. Estos resultados de laboratorio no pueden estar disponibles para nadie fuera de esta oficina sin su consentimiento por escrito. Esta política es para garantizar la protección de su privacidad.

A las 16 semanas de edad gestaciones, se le ofrece un análisis de sangre llamado Quad Screen. Esto evalúa su riesgo de tener un bebe nacido con defectos de nacimiento y combina valores sanguíneos con su historial médico para producir los resultados.

También ordenare un examen de ultrasonido de su bebe, que se realiza de manera rutinaria aproximadamente a las 12 semanas y a las 16-20 semanas de gestación. Estas pruebas se realizan para confirmar su fecha de vencimiento y para detectar cualquier anomalía en su bebe. No todas las anomalías son detectables con un ultrasonido. El ultrasonido también se usa para evacuaciones medicas cuando hay sangrando, crecimiento fetal deficiente o disminución de movimiento fetal.

A las 28 semanas de edad gestaciones, recibirá una orden de laboratorio para más análisis de sangre. Este orden incluirá una prueba glucosa para la diabetes gestacional. Se recomienda hacer este ayuno para obtener el resultado más preciso.

Le amino que me haga saber cualquier pregunta que pueda tener durante su embarazo. Mi enfermera puede contestar muchas de sus preguntas o, si es necesario, me remitirá a mí por problemas médicos más extensos.

Cuestionario para el paciente:

1. **Cuestionario**
2. Estado civil: \_\_\_\_\_Soltera \_\_\_\_\_Casada \_\_\_\_\_Divorciada \_\_\_\_\_Viuda
3. Motivo de esta visita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Medico que la recomedo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Ocupacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Numero preferido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acepta Correos de voz confidencia:\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_ No

1. Nombre de pareja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Edad del pareja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ocupación de pareja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B**. **Historia Menstrual**

7. Edad de su primer periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Si sus periodos menstruales son regulares; periodos comienzan cada\_\_\_\_\_\_dias.

1. Si sus periodos menstruales son irregulares; sus periodos comienzan cada\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_días
2. Duración de sangrando \_\_\_\_\_\_días
3. Ocurre sangrando o manchando entre periodos?\_\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_No
4. Ocurre sangrando o manchando después del coito?\_\_\_\_\_\_\_\_Si\_\_\_\_\_\_\_\_No
5. Primer día de la ultima menstruación\_\_\_\_\_\_\_Mes\_\_\_\_\_\_Dia\_\_\_\_\_\_\_Ano
6. El dolor está asociado con los períodos? \_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_No
7. Si respondiste “SI” a la pregunta #14, empieza antes tu menstruación? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No
8. **Historia De Embarazo**

Nunca he estado embarazada \_\_\_\_

|  |
| --- |
| Infante |

Historia de embarazo incluyendo abortos y embarazos ectópicos (tubaricos)

16.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ano | Lugar del hospital o de el aborto | Duración del el embarazo | Horas de labor | Parto Normal o Cesarea | Complicaciones  de madre o infante | Sexo | Peso de nacimiento | Salud Presente |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Historia de control de natalidad**

17. Qué tipo de anticoceptivo usa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Historia Sexual**

18. Tienes una pareja sexual? \_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_\_Si\_\_\_\_\_\_Hombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mujer

19. Existe alguna pregunta acerca de su actividad sexual que quiera hablar con su doctor? \_\_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_No

1. **Cirugías obstétricas/ Ginecológicas pasadas**

20. Marque cualquiera que aplique o \_\_\_\_\_\_\_Ninguno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cirugía Ovárico |  |
|  | I Quiste Ovárico |  |
|  | D Quiste Ovárico |  |
|  | I Extirpación Del Ovario |  |
|  | D Extirpación Del Ovario |  |
|  | Reparación Vaginal o Vesical por prolapso o incontinencia |  |
|  | Cesárea |  |

**Cirugía Ano Cirugía Ano**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dilación y Cúrtete |  |
|  | Histeroscopia |  |
|  | Cirugía de Infertilidad |  |
|  | Tubo plastia |  |
|  | Ligadura de trompas |  |
|  | Laparoscopia |  |
|  | Histerectomía (Vaginal) |  |
|  | Histerectomía (Abdominal) |  |
|  | Miomectomia |  |

Otro (Especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Historia Quirúrgica Pasada (No Obstetricia o Ginecología)**

21. Listar todas las cirugías o \_\_\_\_\_\_\_\_Ninguna

Cirugías Ano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Historia de la Mamografía / Papanicolaou**

22. Fecha de la última prueba de Papanicolaou:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Has tenido pruebas de Papanicolaou anormales? \_\_\_\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_\_\_\_ Si

24. Ha recibido tratamiento para papanicolau anormales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si

En caso afirmativo, que tipo de tratamiento ha tenido?

Ano

|  |  |
| --- | --- |
| Crioterapia |  |
| Laser |  |
| Biopsia De Cono |  |
| Bucle De Escisión |  |

25. Fecha de ultima Monograma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano

26. Ha tenido una Mamografía anormal?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si

**Otra Historia ginecología pasada**

27.Marque cualquiera que aplique

O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ninguna

|  |  |
| --- | --- |
| Verrugas Venéreas |  |
| Herpes - Genital |  |
| Sífilis |  |
| Enfermedad de inflamacion Pélvica |  |
| Endometriosis |  |
| Clamidia |  |
| Gonorrea |  |
| Infecciones Vaginales |  |
| Otro: |

1. **Historia Medica Pasada**

Marque cualquiera que aplique

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_O Ninguna

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Artritis |  | Enfermedad del Riñón |  | Enfisema |
|  | Diabetes: |  | Cálculos Biliares |  | Bronquitis |
|  | -Dieta Controlada |  | Enfermedad del Hígado (incluyendo Hepatitis) |  | Desorden Alimentico |
|  | - Píldora Controlada |  | Epilepsia |  | Otro: |
|  | - Insulina Controlada |  | Transfusiones de Sangre |
|  | Alta presión Sanguínea |  | Enfermedad de Tiroides |
|  | Enfermedad del Corazón |  | Asma |

**J. Medicamentos Actuales (Incluya dosis) y cantidad por día**

**Medicación Dosis Frecuencia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**K. Actualmente**

28. Fumas \_\_\_\_No \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_Paquetes al día

29.Usa Alcohol \_\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_Vino (vasos al día)\_\_\_\_Cerveza (Botellas al día)\_\_\_\_Licor fuerte (oz al día)

30. Usa Drogas Ilícitas \_\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_Cantidad

31. Ejercicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Con qué frecuencia

**L.** **Tiene Alergias a Medicamentos?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SI Lista: