

Capital Health Trenton, NJ

Maternal Fetal Medicine
Health Information For Consultation
Page 1 of 2 — *Spanish version*

POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN o escriba N/A para las que "no aplican"	USTED	SU FAMILIA	PADRE DEL BEBÉ	FAMILIA DEL PADRE
Defectos congénitos (labio leporino y paladar hendido, pie zambo o equino, defectos del corazón, etc.)				
Niño o bebé que murió				
Bebé con cirugía o tratamiento médico especial				
Enfermedad hereditaria (fibrosis quística, anemia falciforme, talasemia, etc.)				
Portador de enfermedad genética (fibrosis quística, anemia falciforme, etc.)				
Retraso mental o dificultades de aprendizaje				
Anomalía cromosómica (translocación, trisomía, Síndrome de Down, etc.)				
Más de dos (2) abortos involuntarios (espontáneos)				
Algún bebé que nació muerto				
Embarazo interrumpido por defectos congénitos del feto				

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE EN SU CASO	USTED	FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE APLIQUE	USTED
Problemas pulmonares (asma, neumonía, bronquitis, etc.)		Problemas del hígado (hepatitis, ictericia)	
Problemas del corazón (ataque al corazón, enfermedades cardíacas, cirugía del corazón, etc.)		Artritis reumatoide	
Presión arterial alta		Problemas renales (infección de vejiga/riñón, etc.)	
Problemas de tiroides (bocio, glándula hiperactiva o hipoactiva)		Problemas ginecológicos (infecciones vaginales, Papanicolaous anormales)	
Diabetes Tipo I O Tipo II O Gestacional O		Convulsiones	
Coágulos sanguíneos, derrame cerebral, aneurisma		Depresión	
Cáncer		Migrañas	
Lupus o esclerosis múltiple		Operaciones (cirugías)	
Anemia, trastornos hemorrágicos		Traumas / Lesiones o accidentes graves	
Venas varicosas, flebitis		Otros	

¿Cuál es el grupo racial y étnico de su familia? _____

¿Cuál es el grupo racial y étnico del padre del bebé? _____

¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual (clamidia, herpes, sífilis, gonorrea, VIH, SIDA)? _____

¿Le ha dado varicela? _____ ¿Qué edad tenía? _____ ¿Le pusieron la vacuna? _____ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Maternal Fetal Medicine
Health Information For Consultation
Page 2 of 2 — Spanish version

¿Le ha dado sarampión o rubéola? ____ ¿Qué edad tenía? ____ ¿Le pusieron la vacuna? ____ En caso afirmativo, ¿cuándo? ____
¿Cuándo empezó a tomar vitaminas prenatales? ____
Desde su última menstruación normal, ¿QUÉ medicamentos ha tomado y PORQUÉ? _____

Cigarrillos: No fumo _____ Dejó de fumar en (fecha) _____
Fumo ____ paquetes diarios Fumo de vez en cuando _____

Antes de saber que estaba embarazada, bebí alcohol ____ rara vez (¿Cuántas bebidas al mes? ____)
____ de vez en cuando (¿Cuántas bebidas por semana? ____)
____ todos los días (¿Cuántas bebidas al día? ____)
____ nunca

Ahora, bebo alcohol ____ rara vez (¿Cuántas bebidas al mes? ____)
____ de vez en cuando (¿Cuántas bebidas por semana? ____)
____ todos los días (¿Cuántas bebidas al día? ____)
____ nunca

¿Qué medicamentos o drogas ha usado en los últimos 12 meses? _____

¿Tiene alguna discapacidad (visual, auditiva, motora, aprendizaje, etc.)? ____ Sí ____ No En caso afirmativo, ¿Qué necesita? _____

¿Cómo prefiere recibir la información médica? ____ verbal ____ por escrito ____ no preferencia

¿Qué idioma es el mejor? ____ Inglés ____ Español ____ Otro _____

¿Si es necesario, tiene usted transportación para citas futuras? Sí No

¿Tiene alguna creencia cultural de la cual debiéramos estar conscientes? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuál? _____

¿Hay otras preferencias de las cuales debemos estar conscientes? _____

¿Tiene creencias religiosas que debemos tener en cuenta al cuidar de usted? _____

¿Cómo se siente sobre su embarazo?

____ feliz ____ sorprendida ____ piensa en abortar ____ triste ____ neutral ____ otro _____

¿El padre del bebé está envuelto en su embarazo? _____

¿Su familia y/o amigos la apoyan a usted y su embarazo? _____

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre usted? Sí No En caso afirmativo, ¿Qué es? _____

FOR STAFF USE ONLY: Blood Type and Rh Factor: _____
Red Blood Cell Antibody Screen: negative / positive
Chlamydia and gonorrhea cervical cultures: negative / positive

Risk Factor Identified: Yes ____ No ____
____ RN signature/Credentials _____ Date _____ Time _____

**Capital Health
Trenton, NJ**

Maternal Fetal Medicine
Intake History – Spanish version
Page 1 of 3

(NOMBRE/NAME): _____

FAVOR DE COMPLETAR TODO EL FORMULARIO Y DEVOLVERLO A LA SECRETARIA

¿Se ha registrado usted con otro nombre? _____

Nombre del esposo (cónyuge) o pareja: _____

Dirección del domicilio: _____

TELÉFONO EN CASA: _____

¿Podemos llamar a su casa? ___ Sí ___ No

¿Podemos dejarle un mensaje en casa con información médica? ___ Sí ___ No

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

¿Podemos llamar a su trabajo? ___ Sí ___ No

¿Podemos dejarle un mensaje en su trabajo para que se comunique con nosotros? ___ Sí ___ No

TELÉFONO CELULAR: _____

¿Podemos llamar a su celular? ___ Sí ___ No

¿Podemos dejarle un mensaje en su celular con información médica? ___ Sí ___ No

¿Quién es su médico? _____

¿Dónde recibe cuidado o control prenatal(en cual oficina)? _____

Si es paciente de la Clínica Health Start, ¿Quién es su enfermera/persona a cargo de su caso? _____

¿Es usted alérgica a algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál(es) son? _____

¿Es usted alérgica al yodo? _____ Sí _____ No

**Capital Health
Trenton, NJ**

Maternal Fetal Medicine
Intake History – Spanish version
Page 2 of 3

Raza: _____ Peso: _____

¿Está usted tomando algún medicamento que no sean vitaminas prenatales o hierro? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, ¿Cuál(es) son? _____

¿Cuántos embarazos ha tenido, INCLUYENDO ESTE EMBARAZO? _____ ¿Qué edad va a tener en la fecha del parto? _____

Número de hijos nacidos con vida _____ Número de hijos nacidos muertos _____ Número de embarazos ectópicos _____

Número de abortos involuntarios _____ Número de abortos _____ Número de hijos vivos _____

FAVOR DE INFORMARNOS SOBRE CADA UNO DE SUS EMBARAZOS ANTERIORES:

Año que terminó el embarazo. (¿Cuándo dió a luz?)	¿Qué tan avanzado estaba el embarazo cuando dió a luz?	Peso al nacer y sexo del bebé (si se conoce)	¿Parto normal? ¿Parto por cesárea? ¿Legrado? ¿Aborto involuntario?	Si fué por cesárea, ¿Porqué?	¿Tuvo complicaciones durante el embarazo?	¿Tuvo complicaciones durante el parto?

SÍ NO

¿Tiene antecedentes de infertilidad?		
¿Tuvo tratamiento de infertilidad para quedar embarazada en esta ocasión?		
¿Le realizaron un ultrasonido antes con este embarazo?		

En caso afirmativo, ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? _____

¿Para cuándo es la fecha del parto? _____

Por favor describa cualquier problema que ha tenido durante este embarazo: _____

**Capital Health
Trenton, NJ**

Maternal Fetal Medicine
Intake History – Spanish version
Page 3 of 3

¿Tiene usted alguna discapacidad: visual, auditiva, motora, de aprendizaje, etc.? Sí no

En caso afirmativo, ¿Qué necesita? _____

¿Cómo prefiere recibir la información médica? verbal por escrito no preferencia

¿Qué idioma es el mejor? Inglés Español Otro _____

¿Tiene alguna creencia cultural de la cual debiéramos estar conscientes? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique _____

¿Hay algo más que debiéramos saber sobre usted? Sí No

En caso afirmativo, ¿Qué es? _____

FOR STAFF USE ONLY: Reviewed by: _____ Date: _____ Time: _____
Name/Credentials