

## Preguntas de Detección Prenatales

Favor responder todas las preguntas. En ocasiones será necesario hablar con otros miembros de la familia para obtener más información. Cuando preguntamos por información de su familia y la del padre de su bebé, nos referimos a usted, el padre del bebé, cualquier otro niño de ambos, padres, hermanos, hermanas, abuelos, tíos, primos y sobrinos.

Iniciales

\_\_\_\_\_ 1. ¿Qué edad tendrá usted al nacer su bebé? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tendrá el padre del bebé? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2. ¿Hay historia de defectos congénitos como labio leporino, paladar hendido, corazón, anomalías en extremidades (pie equinovaro), algún defecto cerebral, de riñón, defecto de la pared abdominal o cualquier otro defecto de nacimiento en usted, su familia o en la familia del padre de su bebé?

SI NO

\_\_\_\_\_ 3. ¿Algún miembro de su familia o la del padre de su bebé ha sido operado de niño, fallecido en la niñez, o ha sufrido de alguna enfermedad rara o condición crónica?

SI NO

\_\_\_\_\_ 4. ¿Hay historia de retraso mental, autismo, trastornos de crecimiento, Síndrome Frágil de X en alguien miembro de su familia o la del padre de su bebé?

SI NO

\_\_\_\_\_ 5. ¿Hay historia de alguna enfermedad genética, incluyendo Síndrome de Down, ¿Fibrosis Quística, Distrofia Muscular, Hemofilia, Corea de Huntington, Fenilcetonuria, pérdida de audición congénita, u otra anomalía cromosómica o enfermedad genética en su familia o la familia del padre de su bebé?

SI NO

\_\_\_\_\_ 6. ¿Se ha hecho alguna prueba para saber si es portadora de Fibrosis Quística?

SI NO

\_\_\_\_\_ 7. ¿Hay defectos de nacimiento o marcas distintivas en su familia o la del padre del bebé? Ejemplos incluyen: falta de dígitos, marcas oscuras en la piel, pie equinovaro o un lunar velludo en la base de la columna.

SI NO

\_\_\_\_\_ 8. ¿Ha tenido usted (o el padre de su bebé en una relación previa), 2 o más pérdidas o bebé que haya nacido muerto?

SI NO

\_\_\_\_\_ 9. ¿Es usted o el padre de su bebé de descendencia judía, canadiense, francesa o cajún?

SI NO

Si respondió SI, ¿sabe si les han hecho alguna prueba para determinar si son portadores de enfermedades relacionadas con Judíos Askenazi (Tay Sachs, Canavans, etc.)?

SI NO

\_\_\_\_\_ 10. ¿Es usted o el padre de su bebé de descendencia afro-americana, hispana o africana?

SI NO

\_\_\_\_\_ 11. ¿Es usted o el padre de su bebé de descendencia griega, italiana, afro-americana, mediterránea, o asiática?

SI NO

Si respondió SI, ¿sabe si hay un historial familiar de Talasemia (Anemia de Cooley)?

SI NO

\_\_\_\_\_ 12. ¿Es usted o el padre de su bebé familia de sangre o hay alguna otra pareja en su familia que son familia de sangre?

SI NO

\_\_\_\_\_ 13. ¿Usted, el padre de su bebé o algún miembro de su familia han tenido hepatitis o alguna enfermedad del hígado?

SI NO

\_\_\_\_\_ 14. ¿Tiene alguna enfermedad activa que requiera cuidado médico, como problemas de tiroides, presión alta, diabetes, enfermedad cardíaca o epilepsia?

SI NO

\_\_\_\_\_ 15. ¿Usted ha tenido depresión (post-parto, etc.) que haya durado más de dos semanas? ¿Buscó algún tratamiento profesional o usó medicamentos?

SI NO

\_\_\_\_\_ 16. ¿Usted ha usado alguna droga o medicamentos (sin recetas o recreativas) desde su última menstruación?

SI NO

Si respondió SI, ¿qué ha tomado?:

## Preguntas de Detección Prenatales

Iniciales

\_\_\_\_\_ 17. ¿Fuma cigarrillos? ¿Cuantos al día? \_\_\_\_\_

YES NO

\_\_\_\_\_ 18. ¿Usted ha tenido alguna cirugía anteriormente?

SI NO

Si respondió SI, listar cirugías:

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

\_\_\_\_\_ 19. ¿Usted ha estado expuesta a alguna enfermedad viral o tenido erupciones en la piel desde su última menstruación?

SI NO

\_\_\_\_\_ 20. ¿Esta dispuesta a recibir transfusiones de sangre o productos sanguíneos en caso de emergencia?

SI NO

\_\_\_\_\_ 21. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre o productos sanguíneos?

SI NO

\_\_\_\_\_ 22. Tiene un gato de mascota?

SI NO

\_\_\_\_\_ 23. ¿Usted ha tenido varicela o esta vacunada contra la varicela?

SI NO

\_\_\_\_\_ 24. ¿Usted o su pareja han tenido herpes labial o genital?

SI NO

\_\_\_\_\_ 25. Aceptas hacerte la prueba del virus VIH?

SI NO

\_\_\_\_\_ 26. ¿Usted tiene algún problema médico o condición que no ha mencionado, en su familia o en la familia del padre de su bebé que le preocupe por cualquier razón?

SI NO

Si respondió SI, cuales son:

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

Favor usar el siguiente espacio para comentarios que crea importantes o que nos puedan ayudar en el cuidado de su embarazo:

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

Yo, \_\_\_\_\_, he discutido todas las preguntas con respuesta de "SI" con el doctor y entiendo la disponibilidad e importancia de la consejería genética.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha