

# Palm Beach Obstetrics & Gynecology

## Historia personal-Obtetricia

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Día de nacimiento: \_\_\_\_\_

Esta parte de su historia médica es confidencial. No se la daremos a ninguna persona o entidad sin su permiso por escrito.

**1. Historia de sus embarazos:**       Ninguno

<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>Número</b>	<b>Año(s)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdidas espontaneas	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abortos (Legrados)	_____	_____

Año embarazo	Semanas de parto	Horas bebe	Peso del Sexo	Vaginal	Parto Cesarea	Complicaciones

**2. Historia genética**       Adoptada/Desconocida(Escriba cual familiar junto al diagnóstico)

<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Cual miembro de su familia es afectado</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Mongoloidismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangramiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de músculos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de la espina dorsal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retardo mental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de autismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de un bebé en su primer año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mas de 2 perdidas de embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis quística
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de cromosoma X (Fragil X)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicklemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas genéticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La familia de usted y su esposo son relacionadas por sangre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedó embarazada con tratamientos de infertilidad?

**3. Origen étnico (de donde provienen sus ancestros)**

<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Italiano, Griego, Español, Portugués, Mediterraneo o del Medio Oriente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Judio, Francés Canadiense o Cajun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asiatico, India
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Africano

Cual es su país de origen: \_\_\_\_\_

País de origen del padre del bebé : \_\_\_\_\_

**4. Hábitos:**

<b>SI</b>	<b>NO</b>		Pasado	Presente	Cantidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Cual:: \_\_\_\_\_

Tiene gatos en su casa?  
  Seguridad en su casa/Violencia doméstica