

**Orange Coast Women's Medical Group, Inc.**  
(949) 829-5500  
**QUESTIONARIO PARA UN ANÁLISIS DE RIESGOS**  
*Por favor marcar todo que aplique a su historia*

**General**

- DEM04 2  SI  NO ¿Tendrá 35 a 38 años cuando de a luz?  
 DEM04 3  SI  NO ¿Tendrá 39 años o más cuando de a luz?  
 DEM05 2  SI  NO ¿Tendrá 18 años de edad cuando de a luz?  
 DEM06 1  SI  NO ¿Es alérgica a cualquier medicamento?  
 FET09 5  SI  NO ¿Ha tenido algún bebé con la enfermedad Rh o problemas relacionados?  
 FET14 5  SI  NO ¿Está embarazada con triplets?  
 FET15 3  SI  NO ¿Está embarazada con gemelos?  
 FET17 2  SI  NO ¿Ha tenido un hijo(a) que ha muerto ha temprana edad?

**Historia Familiar/Genética**

- FHX01 2  SI  NO ¿Hay alguna persona en su familia que tiene fibroides quísticas? La familia del padre del bebé?  
 FHX03 2  SI  NO ¿Hay alguna persona en su familia que tiene mongolismo o cualquier otra anomalía genética?  
 FHX04 2  SI  NO ¿La familia del padre del bebé?  
 FHX04 2  SI  NO ¿Hay alguien en su familia que tiene problemas de sangramiento – hemofilia? La familia del padre del bebé?  
 FHX06 2  SI  NO ¿Hay alguna persona en su familia considerada "despacia" o tiene una condición inexplicable de atraso mental? La familia del padre del bebé?  
 FHX07 2  SI  NO ¿Hay alguna persona en su familia que tiene distrofia muscular? La familia del padre del bebé?  
 FHX08 2  SI  NO ¿Hay alguna persona en su familia que tiene fenilcetonuria (PKU)? La familia del padre del bebé?  
 FHX20 2  SI  NO ¿Hay alguna persona en su familia que tiene un serio problema genético? La familia del padre del bebé?  
 GEN07 1  SI  NO ¿Es usted o el padre del bebé de herencia judía o francesa canadiense?  
 GEN08 1  SI  NO ¿Es usted o el padre del bebé de herencia mediterránea o asiática?  
 GEN10 5  SI  NO ¿Tiene usted o el padre del bebé anemia del celula hoz o enfermedades de la hemoglobina?  
 GEN12 3  SI  NO ¿Ha estado embarazada con un bebé que ha tenido defectos significativos al nacimiento o anomalías genéticas?  
 GEN13 4  SI  NO ¿Estubo en medicamento recetado o que se despacha sin receta médica cuando salió embarazada? Por favor nombrar:  
 GEN14 3  SI  NO ¿Ha tenido radiografías o medicamento radiactivo desde su última menstruación?  
 GEN15 4  SI  NO ¿Ha sido expuesta a químicas peligrosas durante su embarazo? Por favor nombrar:

**Obstétric o ginecológico del pasado**

- GYN04 5  SI  NO ¿Le han dicho que tiene una matriz mal formada o anormal?  
 GYN05 4  SI  NO ¿Ha perdido un embarazo de 15 a 25 semanas?  
 GYN05 3  SI  NO ¿Ha tenido tres o más abortos espontáneos?  
 GYN05C 5  SI  NO ¿Ha sido diagnosticada en tener su cerviz incompetente o tuvo cirugía en su cerviz?  
 GYN20 4  SI  NO ¿Le han dicho que tiene fibromas?

**Riesgos de infección**

- INF09 2  SI  NO ¿Ha estado en tratamiento para una enfermedad transmitida sexualmente?  
 INF11 2  SI  NO ¿Ha sido usted o su pareja diagnosticada con herpes genital?  
 INF19 2  SI  NO ¿Ha estado en tratamiento para 3 o más infecciones del sistema urinario?  
 INF20 5  SI  NO ¿Le han dicho que tiene SIDA?  
 INF22 4  SI  NO ¿Ha tenido parvovirus desde que salió embarazada?  
 INF23 2  SI  NO ¿Recibió una transfusión de sangre antes de 1985?  
 INF25 2  SI  NO ¿Ha sido diagnosticada con hepatitis?

**Médico**

- MED04 3  SI  NO ¿Ha tenido cáncer que ahora está en remisión?  
 MED04 5  SI  NO ¿Está en tratamiento para cáncer?  
 MED07 3  SI  NO ¿Le han dicho que tiene alta presión?  
 MED07A 4  SI  NO ¿Está tomando medicamento para controlar la alta presión?  
 MED07 5  SI  NO ¿Le han dicho que tiene la alta presión a causa de una enfermedad de los riñones?  
 MED08 4  SI  NO ¿Toma medicamento para el asma?  
 MED08 5  SI  NO ¿Ha tenido asma? Sí, sí hace cuanto tiempo?

- MED10 5  SI  NO ¿Cuando su mamá estaba embarazada de usted, tomó DES?  
 MED10 5  SI  NO ¿Si su mamá tomó DES, dió a luz a un bebé prematuro?  
 MED11 4  SI  NO ¿Ha tomado medicamento para convulsiones?  
 MED11 5  SI  NO ¿Está tomando medicamento y continua teniendo convulsiones?  
 MED12 5  SI  NO ¿En adición a los problemas de los riñones, tiene hipertensión u otros problemas?  
 MED12 4  SI  NO ¿Ha sido diagnósticada con problemas de los riñones u infección?  
 MED14 3  SI  NO ¿Ha sido diagnósticada con hipertiroides? (No confundir con hipotiroides, que es controlado con el medicamento synthroid)  
 MED14 5  SI  NO ¿Está tomando medicamento para controlar hipertiroides? (No Synthroid, éste es un tratamiento para hipotiroides)  
 MED15 5  SI  NO ¿Es usted dependiente de la insulina para controlar su diabetes?  
 MED15 5  SI  NO ¿Tiene diabetes con alta presión, problemas de los riñones o lupus?  
 MED16 4  SI  NO ¿Ha sido diagnósticada con lupus erythomatosis?  
 MED16 5  SI  NO ¿Ha tomado medicamento para lupus o ha tenido complicaciones con alta presión u enfermedad de los riñones?  
 MED17 2  SI  NO ¿Ha sido diagnósticada con un problema de una válvula del corazón?  
 MED20 3  SI  NO ¿Le han dicho que tiene problemas con su corazón?  
 MED18 4  SI  NO ¿Le han dicho que tiene una tendencia de formar coágulos de sangre?  
 MED22 5  SI  NO ¿Ha tenido problemas con una enfermedad del corazón?  
 MED23 5  SI  NO ¿Ha tenido un infarto cerebral u otro problema neurológico?  
 MED24 3  SI  NO ¿Se malluga muy fácilmente o le han dicho que tiene una cuenta baja de plaquetas?  
 MED26 3  SI  NO ¿Ha visto un médico profesional para ayuda psiquiátrica?  
 MED26 3  SI  NO ¿Ha visto un médico profesional para depresión o ansiedad?  
 MED27 4  SI  NO ¿Ha estado en tratamiento para coágulos de sangre en sus piernas o pulmones?  
 MED28 3  SI  NO ¿Ha tenido tratamiento para problemas con la respiración, asma u otros problemas?  
 MED28 5  SI  NO ¿Ha sido hospitalizada por problemas de respiración? Porfavor explicar.

### Obstétrical

- PAS07 2  SI  NO ¿Si tuvo una cesaria la última vez, intentará tener otra?  
 PAS13 4  SI  NO ¿Ha dado a luz ha un bebé nacido muerto?  
 PAS12 4  SI  NO ¿Ha sido hospitalizada u estado en tratamiento para un parto prematuro o dado a luz a un bebé prematuro (de 36 semanas o antes?)  
 PAS16 3  SI  NO ¿Ha tenido cirugía en el utero?  
 PAS17 3  SI  NO ¿Ha tenido cirugía en el cerviz?  
 PAS18 2  SI  NO ¿Ha tenido un embarazo éctopico?  
 PAS19 1  SI  NO ¿Ha tenido un parto con cesaria?

### Costumbres Sociales

- SOC03 1  SI  NO ¿Tóma socialmente?  
 SOC05 2  SI  NO ¿Tiene bulimia, anorexia o cualquier otro desorden de comer?  
 SOC13 2  SI  NO ¿Se siente amenazada por abuso físico, emocional o verbal?  
 SOC15 2  SI  NO ¿Fuma cigarrillos?  
 SOC17 2  SI  NO ¿Ha usado drogas recreativas?  
 SOC18 4  SI  NO ¿Está usando drogas recreativas?  
 SOC19 1  SI  NO ¿Ha usado medicamento que se despacha sin receta médica desde que salió embarazada?

*Porfavor Proveer:*

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Doctor(a) \_\_\_\_\_

Numero de cuenta: \_\_\_\_\_