

Cuestionario para la cita de Intake durante el embarazo

Por favor conteste cada pregunta lo mejor que pueda.

Traiga esta forma a la primera cita en nuestra oficina.

Comunicación:

¿Cuál es su idioma preferido: _____

¿Que piensa de su nivel de ingles hablado? nativa fluido básico muy poco

¿Usted tiene alguien con quien podemos hablar sobre su cuidado de salud?

Si la respuesta es que sí, por favor dénos los siguientes detalles:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Relación a usted: _____

Otra información: _____

Su pareja o el padre de su bebé:

Nombre: _____

¿Cómo esta envuelto en el embarazo? vivo con el/ella muy envuelto

un poco envuelto no envuelto más o menos envuelto

¿Usted da permiso para compartir información con el/ella? Sí No No Se

¿Usted tiene niños viviendo en su casa?

Si la respuesta es que sí, dénos sus nombres y edades: _____

Otra información: _____

Información social:

¿Tiene usted una historia de depresión clínica o ansiedad?

Sí No No Se

¿Usted ha sido abusada sexualmente, físicamente o emocionalmente? Sí No No Se

¿Su pareja le ha pegado, pateado, empujado o cacheteada? Sí No No Se

¿Usted se siente segura en su casa? Sí No No Se

Si la respuesta es que No, explique por favor: _____

Yo trabajo 40 horas por semana o más entre 25 a 40 horas por semana menos de

25 horas por semana de la casa No trabajo Otro: _____

Voy a la escuela tiempo completo tiempo parcial no voy a la escuela otro: _____

¿Usa usted sustancias ilícitas? Sí No No Se

¿Usted ha tomado alcohol durante este embarazo? Sí No No Se

¿Usted ha fumado cigarros durante este embarazo? Sí No No Se

Otra información: _____

continúe al otro lado →

Información sobre este embarazo:

¿Este embarazo es el resultado de "IVF" (in vitro fertilización)? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, ¿cuál es la fecha de transferencia?: _____

¿Y quienes donaron (el ova y/o el espermatozoides)? _____

¿Este embarazo es de gemelos o múltiples? Sí No No Se

¿Con este embarazo, le han hecho alguna prueba genética al feto? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Le han hecho alguna prueba genética a usted o al padre?

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

Evaluación Genética:

¿Usted tendrá 35 años o más al tiempo de tener su bebé? Sí No No Se

¿El padre de su bebé tendrá más de 50 años al tiempo de tener su bebé? Sí No No Se

¿Usted o el padre de su bebé han tenido alguno de los siguientes? (marque todos los que han tenido)

bebé con defectos de nacimiento desorden genético nacido muerto un bebé que muere en el primer mes No estoy segura Otra información: _____

¿Usted o el padre de su bebé son de ascendencia Askenazi Judea? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Usted o el padre de su bebé son de ascendencia Africana? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Usted esta o ha estado expuesto a químicas u otros peligros en el trabajo o la casa?

(químicas, pintura, brillos o barnices, pesticidas, plomo, gatos, baños calientes, limpieza vaginal, rayos-X, levantado objetos)? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

Información sobre infecciones:

¿Usted, o alguien con quién vive, viajará durante este embarazo? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Usted, o alguien con quién vive, viajó durante los últimos 6 meses? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, describe por favor: _____

¿Usted ha sido expuesto a tuberculosis? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Usted ha sido expuesto a alguna infección transmitida sexualmente? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Usted o su pareja ha tenido el virus de Herpes? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____

¿Usted ha pasado tiempo con algún niño con una erupción o sarpullido? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, describe por favor: _____

Información sobre sus pruebas de Pap (Papanicolaou):

¿Cuál es la fecha de su última prueba de Pap? _____

El resultado fue: normal anormal no se : _____

¿Usted ha tenido alguna vez una prueba de Pap que resultó -- anormal? Sí No No Se

Si la respuesta es que sí, explique por favor: _____