

University Perinatal Associates

11505 Fairchild Gardens Ave #101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: 561-630-8001 • fax 561-630-8007
1650-A South Congress Ave., Palm Springs, FL 33461 - Office: 561-439-3600 • fax: 561-642-0720
320-332 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: 561-630-8001 • Fax: 561-630-8007

Fecha: _____

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): ____/____/____ Edad: _____

Ocupación: _____ Horas por semana: _____

Si usted hace ejercicios, especifique tipo de ejercicio y horas por semana: _____

¿Cuáles medicinas toma actualmente (excluyendo vitaminas)?: _____

_____ ¿Alergias?: _____

Raza de la Madre del Bebé (Por favor seleccione)

Mediterranea (Italiana, Griega) Irlandesa Judía Afro-Americana
Asiática Caribeña Hispana Haitiana Otro (especifique) _____

Raza del Padre del Bebé (Por favor seleccione)

Mediterraneo (Italiano, Griego) Irlandés Judío Afro-Americano
Asiático Caribeño Hispano Haitiano Otro (especifique) _____

Nombre y Apellido del Padre: _____ Edad: _____

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

NO SI

(En caso afirmativo, indique cuándo)

¿Ha recibido tratamiento por infertilidad para concebir este embarazo? _____

¿Le han diagnosticado alguna malformación uterina? _____

¿Le han practicado cono o biopsia de cuello uterino? _____

¿Le han realizado cirugía Laser o Leep de cuello uterino? _____

¿Tiene útero fibromatoso, quistes o tumores en los ovarios? _____

¿Le han realizado cirugía en los ovarios, útero o cuello uterino? _____

University Perinatal Associates

11505 Fairchild Gardens Ave #101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: 561-630-8001 • fax 561-630-8007
 1650-A South Congress Ave., Palm Springs, FL 33461 - Office: 561-439-3600 • fax: 561-642-0720
 320-332 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: 561-630-8001 • Fax: 561-630-8007

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Fecha del Parto	Nombre del Hospital	Peso al nacer	Parto vaginal o cesárea	Complicaciones durante el parto

Otros comentarios: _____

HISTORIA GENETICA

¿Tiene usted, el padre del bebé, alguno de sus hijos, o alguien en su familia?

Usted Padre Familia ¿Quién?

Síndrome de Down	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otras anormalidades cromosómicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Defecto del tubo neural (Espina bífida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hidrocefalia (líquido en el cerebro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Distrofia muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fibrosis quística	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hemofilia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Talasemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Drepanocitosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cardiopatía congénita (desde el nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad renal congénita (desde el nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

University Perinatal Associates

11505 Fairchild Gardens Ave #101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: 561-630-8001 • fax 561-630-8007
 1650-A South Congress Ave., Palm Springs, FL 33461 - Office: 561-439-3600 • fax: 561-642-0720
 320-332 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: 561-630-8001 • Fax: 561-630-8007

	Usted	Padre	Familia	¿Quién?
Labio leporino o paladar hendido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Deformidad del pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Retardo o enfermedad mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ceguera o sordera (desde el nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Algún defecto desde el nacimiento o enfermedad familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

HISTORIA MEDICA

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <p>No</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Hipertensión arterial</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alguna condición cardíaca:
_____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Historia de tuberculosis</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alguna enfermedad pulmonar:
_____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Algún tipo de anemia:
_____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Contaje plaquetario bajo
(trombocitopenia)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Historia de coágulos sanguíneos
_____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad de las plaquetas
(trombofilias)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Convulsiones (Epilepsia)</p> | <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Miastenia Grave o Esclerosis
Múltiple</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cálculos renales</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cálculos o inflamación de la
vesícula</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Colitis ulcerativa o enfermedad
de Crohn</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermedad hepática o Hepatitis</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Herpes genital</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otras enfermedades de
transmisión sexual:
_____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Lupus</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Artritis reumatoidea</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Complicaciones anestésicas</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cirugías previas:
_____</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Historia de transfusiones
sanguíneas: _____</p> |
|---|--|