



NUEVO FORMULARIO DE PACIENTE OBSTÉTRICA

FECHA: _____

TELÉFONO: _____

Nombre: _____ Anterior: _____ Fecha de nacimiento: _____

SEGURO DE SALUD: _____ (por favor traiga su tarjeta a su primera visita)

Complete la siguiente información lo mejor que pueda:

- Primer día de la última menstruación: _____
- ¿Cuántos embarazos ha tenido (incluido este): _____
- Si ha tenido un embarazo en el pasado, ¿cuántos hijos ha dado a luz?: _____
- ¿Alguna vez ha tenido un aborto espontáneo y, en caso afirmativo, especifique cuántos: _____
- ¿Tiene alguna afección de salud crónica?
 - Diabético tipo 1 o 2
 - Hipertensión
 - Problemas cardíacos
 - Asma o problemas respiratorios
 - Cualquier otro problema crónico: _____
- ¿Ha recibido atención prenatal para este embarazo en algún otro lugar, en caso afirmativo, donde: _____

Si este es tu primer embarazo, puedes detenerte aquí. Si este no es el primero, continúe:

- ¿Dónde dio a luz sus últimos embarazos?: _____
 - Si no realizó el parto en DHCHD, por favor obtenga una autorización de su expediente médico para que podamos obtener sus registros de sus últimas entregas.
- ¿Cuántos partos vaginales has tenido?: _____
- ¿Cuántas cesáreas has tenido?: _____
- ¿Tuviste alguna complicación durante tu último embarazo?
 - Preeclampsia
 - Trabajo de parto prematuro
 - Hipertensión
 - Diabetes gestacional
 - Colocado en reposo en cama
- ¿Alguno de sus recién nacidos tuvo complicaciones o anomalías genéticas: _____
 - En caso afirmativo, indique: _____

Tenga en cuenta que si está programada para una cita con uno de nuestros proveedores, esto no garantiza que puedan mantenerlo como paciente, es posible que lo remitan a uno de nuestros otros proveedores o a un proveedor de obstetricia de nivel de atención superior.