

New Mexico Sonographics  
**Paciente OB Historia Cuestionario**

BMI:

**Da usted permiso para que un estudiante de ultrasonido participe y este presente durante el examen de hoy? (SI / No) \_\_\_\_\_**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso antes de embarazo: \_\_\_\_\_ Estatura actual: \_\_\_\_\_

¿Tienes ALERGIA al latex? NO  SI

Número de embarazos, incluyendo este: \_\_\_\_\_ Número de nacidos vivos: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una cesárea? NO  SI  Cuantos: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un parto prematuro? (Antes de 37 Semanas) NO  SI  Cuantos: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido anteriores / actuales problemas en el embarazo? NO  SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo: \_\_\_\_\_

**¿Usted o el padre del bebé (socio) ha viajado fuera del país en el último año? SI, donde, cuando y con quien?**

**(usted o padre del bebé)?:** \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de defectos de nacimiento o cualquier otra condición que se ejecuta en la familia (usted, padre del bebé, familia, etc)? NO  SI

En caso afirmativo, de qué tipo y que se vio afectado \_\_\_\_\_

Lista de los medicamentos que está tomando en este momento: \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de presión arterial alta durante el embarazo? NO  SI

¿Tiene un historial de diabetes durante el embarazo o antes de este embarazo? NO  SI

Fumar durante el embarazo? NO  SI  ¿Cuantos?: \_\_\_\_\_

Alcohol o drogas durante el embarazo? NO  SI  Describa: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un ultrasonido previo para este embarazo? NO  SI

Cuando: \_\_\_\_\_

Donde: \_\_\_\_\_

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que su Sonografía no da resultados de el ultrasonido en la actualidad. El examen de ultrasonido será interpretado por un Perinatólogo Certificado y los resultados serán enviados por fax a su proveedor que ordeno examen. Su médico profesional es responsable de compartir los resultados con usted.