

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.