

Cuestionario de SMP sobre embarazos

Nombre preferido: _____ Edad: _____

Nombre de la pareja: _____

Es posible que ya tengamos mucha de la información que le estamos pidiendo en este formulario; sin embargo, la cita inicial de cuidado prenatal es el momento más importante para que usted y nosotros podamos revisar exhaustivamente sus antecedentes médicos y su salud actual.

SITUACIÓN MENSTRUAL

Primer día de su última menstruación: _____ ¿Tiene usted ciclos regulares? Sí No

¿Cuál es el intervalo típico (en días)? _____

ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

¿Alguna vez le han diagnosticado ansiedad o ha recibido un tratamiento antiansiedad?

No Sí

¿Alguna vez le han diagnosticado depresión o ha recibido un tratamiento antidepresivo?

No Sí

¿Ha recibido golpes, puntapiés, puñetazos o cualquier otro tipo de agresión por parte de otra persona en el último año?

No Sí

¿Se siente insegura en su relación actual?

No Sí

¿Hay una pareja de una relación anterior que la haga sentir insegura en la actualidad?

No Sí

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se vio afectada por lo siguiente? *(Marque la respuesta con una x)*

Cuestionario sobre salud de la paciente (PHQ9)				
1. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas?	En ningún momento	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dificultad para conciliar/mantener el sueño, o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo misma, o sentir que es un fracaso o que ha quedado mal consigo misma o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinic use: GA _____ EDD _____

g. Dificultad para concentrarse en las cosas, por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: sentir tanta agitación o intranquilidad que ha estado moviéndose de un lado a otro mucho más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensar que sería preferible estar muerta, o que quiere autolastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si marcó algún problema en este cuestionario hasta ahora: ¿qué tanta dificultad le causaron estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de los quehaceres domésticos o llevarse bien con otras personas?	Ninguna dificultad <input type="checkbox"/>	Algo de dificultad <input type="checkbox"/>	Mucha dificultad <input type="checkbox"/>	Muchísima dificultad <input type="checkbox"/>

Marque una opción:

Hispana/latina___; indígena americana o nativa de Alaska___; asiática___; negra o afroamericana___; nativa de Hawái u otras islas del Pacífico___; blanca___

ANTECEDENTES DE INFECCIONES

Sí	No	
		¿Vive con alguien que tenga tuberculosis o ha estado expuesta a tuberculosis?
		¿Tiene antecedentes de gonorrea?
		¿Tiene antecedentes de clamidia?
		¿Tiene antecedentes del VPH (virus del papiloma humano)?
		¿Tiene antecedentes de sífilis?
		¿Tiene antecedentes de tricomonas?
		¿Tiene antecedentes del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)?
		¿Tiene antecedentes de herpes genital?
		¿Tiene su pareja antecedentes de herpes genital?
		¿Ha tenido algún sarpullido o enfermedad viral desde su última menstruación?
		¿Tiene antecedentes de hepatitis B o C?

Situación respecto a la varicela (*chicken pox*): Desconocida Vacunada Tuvo la enfermedad Inmune Negativa

PRUEBAS GENÉTICAS PRENATALES

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS:

¿Tendrá usted 35 o más años en la fecha prevista del parto? No Sí

¿Le han hecho alguna prueba de atrofia muscular espinal, síndrome del cromosoma X frágil o fibrosis quística? No Sí; resultado _____

Resultados de otras pruebas de detección de portador _____ (proporcione copias de cualquier resultado)

¿Es su índice de masa corporal (IMC) 30 o más? No Sí

¿Ha tenido tres o más abortos espontáneos durante el primer trimestre? No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre la que quisiera conversar hoy?

¿Tiene usted, el papá del bebé o algún integrante de cualquiera de ambas familias alguno de los siguientes trastornos?

	No	Sí	En caso afirmativo, ¿quién?
Talasemia			_____
Defecto del tubo neural, espina bífida o anencefalia			_____
Defecto cardíaco congénito			_____
Síndrome de Down			_____
Tay-Sachs			_____
Enfermedad de Canavan			_____
Disautonomía familiar			_____
Anemia o rasgo drepanocíticos			_____
Hemofilia u otro trastorno de la sangre			_____
Distrofia muscular			_____
Fibrosis quística			_____
Corea de Huntington			_____
Autismo o retraso mental			_____
Síndrome del cromosoma X frágil			_____
Otro trastorno genético o cromosómico			_____
Otros hijos con defectos congénitos			_____
Otro defecto congénito no mencionado anteriormente			_____

ANTECEDENTES DE MEDICINA PREVENTIVA

	No	Sí	Fecha (aprox.)
¿Se ha puesto la vacuna antigripal este año?			
¿Recibió la vacuna contra la covid-19?			

¿Cuál de ellas? _____

Fecha de su última prueba de Papanicolaou: _____

Fecha de la última mamografía (solo para mayores de 40 años): _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS Ninguna

ANOTE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS QUE HAYA TENIDO Y DESCRIBA LA REACCIÓN:

¿TIENE ALGUNA ALERGIA A NUECES? No Sí, Reacción: _____**MEDICAMENTOS**Indique los medicamentos recetados que esté utilizando o haya utilizado desde su última menstruación: Ninguno

Nombre del medicamento	Dosis/concentración	Forma de administración

Indique los medicamentos no recetados o de venta libre que esté utilizando:

 Ninguno**ANTECEDENTES MÉDICOS**

ANOTE CUALQUIER AFECCIÓN MÉDICA QUE TENGA O HAYA TENIDO:

 Ninguna¿Tiene diabetes, enfermedad renal o enfermedad autoinmunitaria? No Sí¿Pesó menos de 6 libras al nacer? No Sí No estoy segura

ANOTE CUALQUIER AFECCIÓN GINECOLÓGICA QUE TENGA O HAYA TENIDO:

 Ninguna¿Tiene alguna anomalía del útero? No Sí; ¿de qué tipo? _____

Edad cuando tuvo su primera menstruación: _____

ANOTE CUALQUIER OPERACIÓN QUE HAYA TENIDO (ESPECIFIQUE EL MES/AÑO):

Ninguna

ANTECEDENTES SOCIALES

Ocupación: _____

Situación sentimental (soltera, vida en pareja, casada) _____

	No	Sí
¿Ha fumado desde que se enteró de que estaba embarazada?		
¿Está expuesta al tabaquismo pasivo (es decir, hay algún fumador en su hogar)?		
¿Ha tomado bebidas alcohólicas desde que se enteró de que estaba embarazada?		
¿Ha consumido drogas recreativas desde que se enteró de que estaba embarazada?		

¿Consumo productos de tabaco en la actualidad? __No __Sí; ¿está dispuesta a dejarlos? __No __Sí

Frecuencia con la que consume:

Tabaco	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Actualmente/a diario Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Antes Año en que cesó: _____
Cigarrillo electrónico	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Actualmente/a diario	<input type="checkbox"/> Antes Año en que cesó: _____
Tabaco sin humo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Actualmente/a diario	<input type="checkbox"/> Antes Año en que cesó: _____
Alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Actualmente/a diario <input type="checkbox"/> Socialmente	<input type="checkbox"/> Antes Año en que cesó: _____
Drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Actualmente/a diario Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Antes Año en que cesó: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mencione a los miembros de su familia inmediata (1.º grado) que tengan:

Cáncer de mama _____ Cáncer de colon _____

Cáncer de ovario _____ Otro tipo de cáncer _____

Parentesco	Nombre	Estatus/edad	Incluya cualquiera/todas las afecciones médicas
Madre			
Padre			
Hermana			
Hermano			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Otro			
Otro			

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos hijos están vivos? _____

¿Cantidad de embarazos con mellizos? _____

Cantidad de partos vaginales _____ Cantidad de cesáreas _____

Cantidad de partos vaginales después de cesáreas _____ Cantidad de abortos espontáneos _____

Cantidad de abortos inducidos _____ Cantidad de embarazos ectópicos _____

Si tuvo un aborto espontáneo o se hizo un aborto, ¿tomó pastillas o le realizaron un procedimiento de dilatación y legrado? No Sí; ¿cuál? _____

	No	Sí
¿Tuvo alguna pérdida de embarazo en el segundo o tercer trimestre?		
¿Nació el bebé antes de las 37 semanas de gestación en alguno de los embarazos?		
¿Tuvo insuficiencia cervical en alguno de los embarazos?		
¿Tuvo alta presión arterial o preeclampsia en alguno de los embarazos?		
¿Tuvo diabetes gestacional en alguno de los embarazos?		
¿Dio a luz por cesárea en alguno de los embarazos?		
¿Pesó algún hijo menos de 6 libras o más de 10 libras al nacer?		
¿Es su grupo sanguíneo Rh-negativo?		

No estoy segura

Detalles del parto:

Fecha	Peso al nacer	Vaginal o cesárea	Cantidad de semanas al nacer	Sexo	Hospital del parto	Nombre(s) del bebé	Complicaciones del embarazo o el parto

¿Hace ejercicio? No Sí Con qué frecuencia: _____ días/semana Por cuánto tiempo: _____

Qué tipo de ejercicio: _____

¿Hay gatos en su casa? No Sí; ¿quién cambia la arena higiénica? _____

Clinic Use Only: Height _____ Weight _____ BP _____

Orders: Pap smear Mammogram DXA STI CT/GC Labs Immunization _____ Referral

Stanford Medicine Partners es una organización independiente sin fines de lucro que está afiliada a Stanford University, Stanford Health Care y Stanford Health Care Tri-Valley, pero es autónoma con respecto a estas instituciones. Stanford Medicine Partners contrata a grupos médicos para que presten servicios de atención médica en sus centros de salud. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley y Stanford University no tienen control alguno sobre dichos grupos médicos ni sobre la atención brindada por los médicos y proveedores de salud especializados de tales grupos médicos, ni se responsabilizan de sus acciones. Los médicos y los proveedores de salud especializados de tales grupos médicos que brindan atención en los centros de salud de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley o Stanford University.