

***Identificación del Miembro:**

Nombre: _____

Anemia de células falciformes Sí No

¿Asma? Sí No Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo? Sí No

¿Alta presión sanguínea (antes del embarazo)? Sí No

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente? Sí No

¿Positiva VIH? Sí No ¿Negativa VIH? Sí No

¿Se rehusó a hacerse el análisis del VIH? Sí No ¿SIDA? Sí No

¿Problemas de la tiroides? Sí No Si contesta sí, es éste un problema nuevo de la tiroides? Sí No

Trastorno por convulsiones Sí No ¿Convulsión en los últimos 6 meses? Sí No

¿Abuso de alcohol o drogas previo? Sí No

Histórial de su embarazo actual

¿Trabajo de parto antes de tiempo en este embarazo? Sí No ¿Diabetes gestacional actualmente? Sí No

¿Gemelos actualmente? Sí No ¿Trillizos actualmente? Sí No

¿Está teniendo náuseas matutinas severas? Sí No

¿Preocupaciones de salud mental actualmente? Sí No Enumere: _____

¿Enfermedad de trasmisión sexual actualmente? Sí No Enumere: _____

¿Consumo tabaco actualmente? Sí No Cantidad: _____

Si contesta sí, ¿le interesa crear un plan de acción para dejar de fumar? Sí No

¿Consume alcohol actualmente? Sí No Cantidad: _____

¿Consume drogas ilegales actualmente? Sí No

¿Toma algún medicamento de venta con receta (aparte de las vitaminas prenatales)? Sí No

Enumere: _____

¿Hospitalizaciones durante este embarazo? Sí No

Si contesta sí, por favor enumere las hospitalizaciones durante este embarazo. _____

Asuntos sociales

¿Tiene suficiente Comida? Sí No ¿Está inscrita en WIC? Sí No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas? Sí No ¿Tiene acceso telefónico confiable? Sí No

¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí No

¿Actualmente está experimentando violencia doméstica o se siente insegura en su hogar? Sí No

Por favor enumere todas las demás necesidades sociales que pueda tener.

Por favor enumere todo lo demás que desee decirnos sobre su salud: