

INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: (si vive en California) _____

Teléfono de Casa: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU PAREJA (Si está embarazada, "pareja" se refiere al papá del bebé)

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN DEL DOCTOR QUE LE REFIRIÓ:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO: ¿Está usted embarazada? NO SI Fecha del parto: _____

Ha tomado algún medicamento durante este embarazo (aparte de vitaminas prenatales o Tylenol)? NO SI

Si marcó sí por favor indique cuales: _____

Desde que se embarazó, ha tenido o tomado:

(o si no está embarazada indique a que ha estado expuesta)

Drogas ilícitas NO SI _____

Cigarros NO SI _____

Alcohol NO SI _____

Fiebre NO SI _____

Rayos X NO SI _____

¿Tiene usted las siguientes condiciones?

¿Diabetes? NO SI _____

¿Epilepsia? NO SI _____

MENSAJES CONFIDENCIALES O PRIVADOS:

Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories, LLC tiene mi permiso para dejar mensajes con detalles sobre **información médica confidencial y resultados de pruebas** en los siguientes números: SI NO (si marcó NO, prosiga a firmar la forma)

Números de teléfono confidenciales de preferencia: Casa Móvil Trabajo Otro: _____

¿Con quién más podemos dejar información sobre los resultados de sus pruebas? _____

Teléfono: _____

TODA LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA SEGÚN MI SABER Y ENTENDER

FIRMA DE LA PACIENTE: _____ FECHA: _____