

CUESTIONARIO SOBRE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (M/D/A): _____ Edad: ____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: (solo en California): _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (M/D/A): _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ ¿Es su pareja el padre biológico del bebé que espera? NO SÍ
 Si la respuesta es no, ¿utilizó un donante de esperma? NO SÍ

INFORMACIÓN PARA COMUNICARNOS CON EL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN

Teléfono de móvil: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

¿Podríamos dejarle un mensaje de voz detallado que incluya **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**? SÍ NO

Si su respuesta es sí, marque la opción que corresponda: Teléfono de móvil Casa Trabajo

Si no logramos ponernos en contacto con usted, ¿hay otra persona a la que podamos dejarle un mensaje de vos detallado que incluya **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**? NO SÍ Si su respuesta es "SÍ", brinde la siguiente información:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

- Usted como paciente tiene el derecho de revocar este permiso para dejar un correo de voz confidencial
- El paciente asume responsabilidad por la información dejada en el correo de voz confidencial

INFORMACIÓN DEL DOCTOR O CLINICA QUE LE REFIRIÓ:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EXPOSICIONES Y EL EMBARAZO

<p>¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?</p> <p>Diabetes NO SÍ</p> <p>Epilepsia NO SÍ</p> <p>Lupus NO SÍ</p> <p>Enfermedad de Graves, tiroiditis crónica (enfermedad de Hashimoto) o cáncer de tiroides NO SÍ</p> <p>¿Está usted embarazada? NO SÍ</p> <p>Fecha del parto: _____</p> <p>¿Fue usted adoptada o lo fue el padre biológico del bebé que espera? NO SÍ Si responde "SÍ", especifique: _____</p>	<p>¿Toma algún medicamento de forma regular? NO SÍ</p> <p>Si la respuesta es sí, especifique. Si está embarazada, haga una lista de todos los medicamentos que ha tomado desde la concepción (excepto vitaminas prenatales y Tylenol):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DESDE QUE SE EMBARAZÓ, HA TENIDO O TOMADO:</p> <p>CIGARRILLOS NO SÍ _____</p> <p>ALCOHOL NO SÍ _____</p> <p>DROGAS ILÍCITAS NO SÍ _____</p> <p>FIEBRE (MÁS DE 101 °F) NO SÍ _____</p> <p>Rayos X (no dentales) NO SÍ _____</p>
---	--

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

FIRMA DE LA PACIENTE: _____ **FECHA:** _____