

	Si	No
Ha viajado fuera de los USA desde que se embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A estado embarazada antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue este embarazo por fecundacion invitro?Edad del dÓnate de ovulo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido algún parto por cesarea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va a tener 35 años de edad para su fecha de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A usted, el padre de su bebe, algún hijo, o algun otro miembro de su familia nacido con algún defecto de nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene usted o algún miembro de su familia algún desorden genetico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido mas de un aborto espontaneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A perdido algún embarazo despues de las 10 semañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tiendo algún parto prematuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido sangrado vaginal durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tiendo alguna vez un cono cervical, LEEP, LEETZ o crioblacion del cuello del utero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A usado drogas recreacionales durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A consumido alcohol durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A fumado tabaco durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido sintomas consistentes a un resfriado o sindrome viral durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experimentado nausea y vomito (hiperemesis) durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido aumento de hinchazon (edema) o aumento de peso excesivo durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sido su aumento de peso insuficiente durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tomado medicamento para la depression, ansiedad o algún otro trastorno de animo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experimentado dolor de articulacion, huesos o espalda durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experimentado dolor en la parte inferior del abdomen desde que quedo embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta tomando hierro o vitaminas prenatales con hierro para la anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene transtorno de coagulacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido coagulacion sanguinea (embolia pulmonar o trombosis venosa profunda)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentos con receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La a mirado algún medico para alguna otra cosa aparte de su embarazo en los ultimos 2 años?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene alta presion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes/gestacional?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disfuncion tiroidea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
transtorno convulsivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas del corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas con los riñones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfermedad del higado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas gastrointestinales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfermedad autoinmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cual es su altura?_____ Cual es su peso?_____		

Firma_____

Fecha_____