



	Si	No
A estado embarazada antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue este embarazo por fecundacion invitro?Edad del donate 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 o 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 tenido algún parto prematuro?(antes de 37 semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido sangrado vaginal durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tenido alguna vez un cono cervical, LEEP, LEETZ o crioblacion del cuello del utero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A usado drogas recreacionales, consumido alcohol o 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 tenido Covid durante este embarazo?.....Si es asi que fecha? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sido vacunada para Covid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experimentado nausea y vomito (hiperemesis) durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene colestasis en 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"/>
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"/>
La a mirado algún medico para alguna otra cosa aparte de su embarazo en los ultimos 2 años?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentos con receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene alta presion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes/ 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 de corazon, higado,rinones?Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas gastrointestinales (Cirujia bariatrica?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfermedad autoinmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cerebrales/cirujia/ derrame cerebral?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cual es su altura? _____ Cual es su peso? _____

Cual es su etnicidad? _____

Si desea, por favor especifique su identidad de género _____

Firma _____

Fecha _____