

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL**

Primer día del último período: \_\_\_\_\_

¿Sus períodos son regulares?    **SÍ**    **NO**

Fecha de la primera prueba positiva de embarazo: \_\_\_\_\_

¿Este embarazo fue concebido mediante algún procedimiento de fertilidad?    **SÍ**    **NO**¿Se ha realizado alguna ecografía durante este embarazo?    **SÍ**    **NO**

En caso afirmativo, ¿dónde se realizó? \_\_\_\_\_

**SIGNOS VITALES**

Su peso en el embarazo: \_\_\_\_\_ Su estatura: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS**

¿En qué año se realizó su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_

¿Dónde se realizó su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido resultados anormales en una prueba de Papanicolaou?    **SÍ**    **NO**

En caso afirmativo, ¿en qué año? \_\_\_\_\_

¿Dónde se realizó la prueba de Papanicolaou con resultado anormal?  
\_\_\_\_\_¿Alguna vez se le ha practicado alguna cirugía o procedimiento en el cuello uterino?    **SÍ**    **NO**

¿Qué procedimiento o cirugía se le realizó? \_\_\_\_\_ ¿En qué año? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por enfermedades de transmisión sexual?    **SÍ**    **NO**

Marque las infecciones previas que haya tenido e indique el año:

- |                                      |            |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|--------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Clamidia    | Año: _____ | <input type="checkbox"/> Sífilis     | Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea    | Año: _____ | <input type="checkbox"/> VIH         | Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes      | Año: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | Año: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trichomonas | Año: _____ | <input type="checkbox"/> VPH         | Año: _____ |

¿Alguna pareja sexual actual padece herpes?    **SÍ**    **NO****MARSHALL**  
OB/GYN NEW PREGNANCY HISTORY  
(Spanish)

## EMBARAZOS ANTERIORES

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Fecha de parto   |  |  |  |  |  |
| Cantidad de semanas de gestación                                   |  |  |  |  |  |
| Duración del trabajo de parto                                      |  |  |  |  |  |
| Peso al nacer  |  |  |  |  |  |
| Sexo: masculino / femenino   |  |  |  |  |  |
| Parto vaginal, cesárea, interrupción voluntaria, aborto espontáneo |  |  |  |  |  |
| Lugar de nacimiento  |  |  |  |  |  |
| Nombre del recién nacido   |  |  |  |  |  |
| Enumere cualquier complicación                                     |  |  |  |  |  |
| ¿Amamantó al bebé? ¿Por cuánto tiempo?                             |  |  |  |  |  |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún miembro de su familia presenta lo siguiente? (marque con un círculo si la respuesta es "sí" e indique qué parientes)

Diabetes

Adicción

Osteoporosis

Cáncer de mama

Enfermedad cardíaca

Cáncer de colon

Derrame cerebral

Cáncer de ovario

Presión arterial alta

Otras:

## CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

| Indique todas las cirugías y hospitalizaciones | Año: |
|--|------|
|  |      |
|  |      |
|  |      |
|  |      |

**MARSHALL**  
OB/GYN NEW PREGNANCY HISTORY  
(Spanish)

English Form # 5592335  
(10/25)  
2 of 7



| Indique todos los medicamentos | Dosis | Motivo por el cual lo toma |
|--------------------------------|-------|----------------------------|
|                                |       |                            |
|                                |       |                            |
|                                |       |                            |
|                                |       |                            |

Farmacia preferida \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia?     SÍ     NO

Si la respuesta es SÍ, describa a continuación

| Alérgico a | Reacción |
|------------|----------|
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |

¿Usted y/o su pareja han viajado fuera del país en los últimos 6 meses?     SÍ     NO

¿Ha estado en contacto con alguna persona con COVID-19 activo en las últimas 2 semanas?     SÍ     NO

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en un embarazo anterior? Marque con un círculo los que correspondan ahora o en el pasado y anote las fechas (si las conoce).

#### Antecedentes ginecológicos

- |                                      |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Anemia                               | Cuello uterino incompetente   |
| Depresión                            | Rotura prematura de membranas |
| Sangrado excesivo                    | Infertilidad                  |
| Preeclampsia (presión arterial alta) | Factor RH negativo            |
| Sangrado excesivo                    | Otros (describir)             |
| Parto prematuro                      | _____                         |

**MARSHALL**  
OB/GYN NEW PREGNANCY HISTORY  
(Spanish)



**Infecciones**

Bebé anterior tratado por estreptococo del grupo B

Tricomoniasis

Varicela (enfermedad)

Vacunación contra la varicela

Hepatitis B

Hepatitis C

Otro problema hepático \_\_\_\_\_

SIDA/VIH

Herpes (usted o su pareja)

Candidiasis

Rubéola (sarampión alemán)

Condilomas (verrugas genitales)

Citomegalovirus (CMV)

Sífilis

Gonorrea

Clamidia

**Antecedentes ginecológicos**

Papanicolaou anormal - describir

Otro problema relacionado con el cuello uterino

Fibromas

Malformación uterina

Cirugía ginecológica (describir)

**Problemas del corazón, la sangre o los pulmones**

Anemia

Presión arterial alta

Coágulos de sangre (¿dónde? \_\_\_\_\_ )

Trastornos de la sangre

Enfermedad cardíaca reumática

Transfusión de sangre

Enfermedad valvular

Enfermedad cardíaca

Várices (¿dónde? \_\_\_\_\_ )

Asma

Otra enfermedad pulmonar (describa)

**Problemas endocrinos**

Diabetes

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo

Otro problema endocrino/hormonal (describa)

**MARSHALL**  
OB/GYN NEW PREGNANCY HISTORY  
(Spanish)



**Problemas renales o de vejiga**

Bacteriuria asintomática  
Infecciones de la vejiga  
Enfermedad renal crónica  
Infección renal  
Cálculos renales

**Problemas neurológicos**

Migrañas  
Derrame cerebral  
Trastorno convulsivo

**Antecedentes psicológicos**

Adicciones (alcohol) (nicotina) (drogas)  
Maltrato emocional (¿cuándo? ¿por quién?)  
Maltrato físico (¿cuándo? ¿por quién?)  
Trastorno psiquiátrico  
Depresión  
Ansiedad

**Otros problemas**

Enfermedad autoinmune  
Cáncer

Accidentes graves  
Complicaciones anestésicas  
Problema gastrointestinal (describa)

**Embarazo actual**

Desde su último período, ha tenido  
Dolor abdominal  
Radioterapia  
Erupción cutánea asociada a una enfermedad viral  
Exposición a la tuberculosis  
Mareos  
Fiebre por toxoplasmosis  
Molestias urinarias  
Dolor de cabeza  
Hemorragia vaginal  
Vómitos  
Exposición a virus (VIH, VHS, Hepatitis B)  
Exposición a productos químicos en el ámbito  
laboral  
Alteraciones en la visión





