Texas Children's Hospital®

Servicios para Pacientes Internacionales
Pabellón de Mujeres

Cuestionario

Médico preferido, si lo hay: _____

Peso actual: _____ Altura: _____ IMC (índice de masa corporal): _____

Objetivo de la visita: _____

_____

Información necesaria para la revisión inicial de su referencia medica:

- ☐ Resumen de atención medica reciente / carta de referencia (adjuntar)
- ☐ Resultados de laboratorio (adjuntar)
- ☐ Resultados de radiología (adjuntar)
- ☐ ¿Cuántas veces ha estado embarazada incluida esta vez? _____
- ☐ Por favor, especifique el número de embarazos hasta la fecha:

  Partos _____ Partos prematuros** _____ Partos múltiples _____
  (menos de 37 semanas)

  Embarazos terminados _____ Abortos espontáneos** _____

  Embarazos ectópicos**_____ Cesáreas _____ Niños vivos_____

- ☐ ¿Este embarazo fue asistido? (FIV (fecundación in vitro), y/o medicamentos de fertilidad) **

  Sí _____ No _____
- ☐ ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por tener una condición de alto riesgo, como diabetes gestacional, presión arterial alta, etc.?

  Sí _____ No _____

  En caso afirmativo, especifique la condición: _____
- ☐ ¿Ha tenido alguna vez un parto prematuro (menos de 37 semanas)?

  Sí _____ No _____

  En caso afirmativo, ¿a cuántas semanas? _____ ¿Fecha en la que ocurrió? _____

  ¿Alguna indicación de parto prematuro? _____

Cuestionario

- ¿Tiene algún problema de salud?
  Sí _____ No _____
  En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Está tomando algún medicamento?
  Sí _____ No _____
  En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Ha consumido alcohol o drogas durante este embarazo?
  Sí _____ No _____
- ¿Ha tenido algún laboratorio/ultrasonido hasta ahora en este embarazo?
  Sí _____ No _____
  En caso afirmativo, ¿el ultrasonido confirmó su fecha de parto?
  Sí _____ No _____
- ¿Ya ha visto a un médico para este embarazo?
  Sí _____ No _____
  En caso afirmativo, ¿quién fue su médico y por qué está cambiando de médico?
  Nombre del médico: _____
  Nombre de la clínica /hospital: _____
  Pais _____

**Requiere información médica adicional