

## 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? \_\_\_\_\_

### Servicios Internacionales

Phone: 832-824-1138

Telefono: 832-825-2545

international@texaschildrens.org