

POR FAVOR LLENE ESTA FORMA COMPLETAMENTE. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, SOLICITAR AL PERSONAL.

Nombre Impreso: _____

Fecha de última menstruación? _____ ¿Esta regla fue normal? Sí No*

¿Tiene **ALERGIAS**? Ninguno Látex Por favor escriba: _____

¿Está tomando algún medicamento (incluyendo en los medicamentos de venta libre, medicamentos a base de hierbas y vitaminas) y para qué sirven? Por favor escriba: _____

¿Alguna vez has tenido **ANESTESIA** antes? Sí No

En caso afirmativo, Local General ¿Cualquier problema? Sí* No

Sí* No ¿Fuma cigarrillos? # por día _____

Sí* No El uso de alcohol/drogas

En caso afirmativo, el tipo _____ Cantidad por día _____

¿Tiene usted:

Sí* No

- El embarazo y la historia GYN
- Enfermedad el corazón
- Hipertensión
- Los coágulos de sangre en los pulmones o piernas
- Trastornos de la coagulación
- Enfermedades del hígado (ej: cirrosis, hepatitis)
- Insuficiencia suprarrenal
- Derrame cerebral
- Ataques / Convulsiones
- Tiroides hiperactiva
- Diabetes
- VIH
- Cáncer, Tipo _____
- Las migrañas con aura (Forma completa 1100)
- El uso de corticosteroides recientes
- Otras enfermedades crónicas _____
- ¿Ha tenido alguna cirugía en el útero?
- ¿Está usted dando el pecho?
- ¿Ha tenido bultos en los senos?
- ¿Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual?
- ¿Ha tenido la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)?

El embarazo y la historia GYN:

- _____ Número total de embarazos (incluír éste)
- _____ Número de nacidos vivos # vaginal _____ # cesárea _____
- _____ Número de abortos involuntarios, Fechas _____
- _____ Número de abortos, Fechas _____
- _____ Número de ectópicos (en las trompas) embarazos, Fechas _____
- _____ Número de niños que viven

¿Qué método anticonceptivo estaba usando cuando quedó embarazada?

¿Qué método de control de la natalidad le gustaría usar?

Sí No Disminución Mi compañero se niega a usar condones o ha metido con mi control de la natalidad para dejarme embarazada.

Sí No Disminución Mi pareja me hace tener relaciones sexuales cuando yo no quiero.

Sí No Disminución Mi pareja me dice que puedo y no puedo hablar.

Sí No Disminución Mi pareja me ha hecho miedo ni me ha hecho daño físicamente.

Sí No Disminución Me temo que mi pareja me haría daño si yo le dije que tenía una ETS y él tenía que ser tratado también.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

HCA Iniciales: _____ Comentado por Terminación *El asterisco* Respuestas revisión con el RN / MD

Firma de la Enfermera: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____