

## CUESTIONARIO EMBARAZO

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario sea por el ginecólogo tratante  
Favor adjuntar última ecografía obstétrica e historia clínica de obstetricia

Nombre:	Documento:	Edad:	Peso: (en Kg)	Talla: (en cms)
1. Grupo sanguíneo de la madre y el padre				
2. Fecha de la última regla:      Día      Mes      Año				
3. ¿Con el embarazo actual, cuántos embarazos ha tenido?				
4. Indique número de <b>PARTOS</b> <input type="text"/> <b>CESÁREA</b> <input type="text"/> <b>ABORTOS</b> <input type="text"/> <b>ECTÓPICOS</b> <input type="text"/>				
5. Si tuvo algún aborto, embarazo ectópico o cesárea indique la fecha y las causas				
Día      Mes      Año		Día      Mes      Año		
Día      Mes      Año		Día      Mes      Año		
Día      Mes      Año		Día      Mes      Año		
6. Mencione alguna complicación asociada				
<b>ECLAMPسيا O PRECLAMPسيا</b>		<input type="checkbox"/>	<b>PROBLEMAS DE PLACENTA</b>	
<b>HIPEREMESIS GRÁVIDA (VÓMITO)</b>		<input type="checkbox"/>	<b>MALFORMACIONES FETALES</b>	
<b>DIABETES GESTACIONAL</b>		<input type="checkbox"/>	<b>RUPTURA DE MEMBRANAS</b>	
<b>INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA</b>		<input type="checkbox"/>	<b>OTRA</b>	
7. ¿Padece hipertensión, diabetes o alguna enfermedad renal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique tratamiento y dosis				
8. Informe su peso previo al embarazo				
9. Informe los medicamentos que consume incluyendo dosis				
<b>LUGAR Y FECHA</b>			<b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b>	
Día      Mes      Año				