

Por favor enumere cualquier medicamento, vitamina o suplemento que haya usado desde su último período y coloque una marca de verificación si actualmente está tomando o ha suspendido el medicamento.	Tomando actualmente	Interrumpida

Por favor, enumere cualquier alergia a medicamentos y reacción si se conoce:

Indique si usted, el padre del bebé o algún miembro de la familia tiene alguna de las siguientes condiciones: Si No

Tendrá 35 años o más cuando nazca este bebé?		
Si usted o su pareja es de ascendencia asiática o mediterránea, ¿hay antecedentes de talasemia?		
Hay antecedentes familiares de defecto del tubo neural? (Meningomyelocele, Spina Bífida, or Anencephaly)?		
Hay antecedentes familiares de defectos congénitos del corazón?		
Hay antecedentes familiares de síndrome de Down?		
Si usted o su pareja son de ascendencia de Europa del Este, judíos o franco-canadienses, ¿hay antecedentes de la enfermedad de Tay-Sach o la enfermedad de Canavan?		
Si usted o su pareja es afroamericana, ¿hay antecedentes de enfermedad o rasgo de células falciformes?		
Hay antecedentes familiares de hemofilia o trastornos hemorrágicos?		
Hay antecedentes familiares de distrofia muscular?		
Hay antecedentes familiares de enfermedad pulmonar por fibrosis quística?		
Hay antecedentes familiares de Huntington Chorea?		
Hay antecedentes familiares de retraso mental o autismo?		
Si es así, ¿se le hizo la prueba a esta persona para detectar el síndrome del cromosoma X frágil?		
Hay antecedentes familiares de otras enfermedades genéticas, trastornos cromosómicos o defectos de nacimiento?		
Tienes un trastorno metabólico como diabetes, enfermedad de la tiroides o fenilcetonuria?		
Alguna vez ha tenido una prueba cutánea de TB positiva, ha recibido tratamiento para la tuberculosis o ha vivido con alguien con TB?		
Usted o su pareja tienen herpes genital?		
Has tenido una enfermedad, fiebre o sarpullido desde tu último período?		
Alguna vez has tenido una enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, clamidia, sífilis o VPH?		
En caso afirmativo, marque con un círculo y indique el año en que se trató la infección.		
Has tenido varicela? Si ___ No ___ ¿Te has vacunado? Si ___ No ___		
Ha tenido la enfermedad de quinto (Parvo B19)?		
Alguna vez te han diagnosticado VIH?		
Alguna vez te han diagnosticado hepatitis?		
Has dado a luz a un niño que luego fue diagnosticado con infección por GBS?		
Tienes un gato?		
Alguna vez has tenido problemas con la anestesia?		
Usas cinturón de seguridad?		
Haces ejercicio regularmente?		
Tomas bebidas con cafeína? Si ___ No ___ Si es así, ¿cuántos por día? _____		
Alguno de tus padres tuvo un problema con el consumo de alcohol u otras drogas?		
Alguno de tus amigos tiene un problema con el consumo de alcohol u otras drogas?		
Su pareja tiene un problema con el consumo de alcohol u otras drogas?		
Te sientes inseguro de alguna manera en tu relación con tu pareja actual?		

En las últimas semanas, ¿la preocupación, la ansiedad, la depresión o la tristeza le han dificultado hacer su trabajo, llevarse bien con la gente o ocuparse de las cosas en casa?		
En el pasado ha tenido dificultades en su vida debido al alcohol o otras drogas, incluidos los medicamentos recetados?		
Has bebido alcohol o usado otras drogas desde tu último período?		
Cuántos días al mes bebes? _____ Cuántas bebidas en un día determinado? _____		
Fumar: (marque uno) Fumador actual ____ Cuántos por día? _____ Durante cuántos años? _____		
Anterior fumadora ____ Fecha del último uso? _____		
Nunca fue fumadora _____		
Usas cigarrillos electrónicos / vapeo? No ____ Si ____ Con Nicotina ____ sin Nicotina _____		
Está planeando amamantar a su bebé? No ____ Si _____		
Si estas planedo usar anticonceptiro despues del parto para prevenir embarazo, qual tipo estas considerando? IUD ____ Nexplanon ____ DepoProvera ____ Pildora ____ Otra _____		