



# Historia médica para mujeres embarazadas/pospartos/que amamantan

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## Historia médica para mujeres

- ¿Dónde recibe atención médica? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto hace que tuvo la última cita de atención médica?  
\_\_\_\_\_
- ¿Ha ido al hospital en los últimos 12 meses?  
 Sí  No
- ¿Ha tenido alguna vez algún problema de la salud, cirugía o lesión grave?  
 Sí  No  
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas dentales, entre ellos, dolor o manchas blancas en los dientes?  
 Sí  No  
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. \_\_\_\_\_
- ¿Toma algún medicamento, entre ellos, vitaminas?  
 Sí  No  
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto hace que tuvo la última cita de atención dental?  
\_\_\_\_\_
- ¿Sigue una dieta especial?  
 Sí  No  
Si contesta "Sí", favor de describir la dieta. \_\_\_\_\_
- ¿Hay algunos alimentos que limita o no come?  
 Sí  No  
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. \_\_\_\_\_

- ¿Tiene problemas para masticar o tragar?  
 Sí  No  
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. \_\_\_\_\_
- ¿Tiene usted algunos de los siguientes?  
a. una estufa que funciona  Sí  No  
b. un refrigerador que funciona  Sí  No  
c. agua corriente  Sí  No
- ¿Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?  
 Sí  No
- ¿Ha fumado un cigarro, aunque sea una sola fumada, en los últimos 30 días?  
 Sí  No
- ¿Tiene miedo de que algún conocido los lastime a usted o a sus hijos?  
 Sí  No  
**Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233**
- ¿Le preocupa a veces no poder comprar suficiente comida para darle de comer a su familia?  
 Sí  No  
**Puede comunicarse con la Red de Información y Envío de Texas llamando al 2-11 o en línea en <http://www.211Texas.org>.**
- ¿Quiere un envío a servicios de planificación familiar (control de la natalidad)?  
 Sí  No

Conteste las siguientes preguntas solamente si es primera vez que viene a esta clínica:

¿Cuántos otros embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ Favor de escribirlos en la tabla a continuación.

Núm.	Fecha de nacimiento o fecha en que terminó el embarazo	Resultado L = Vivo S = Nació muerto M = Aborto espontáneo T = Terminado (abortado) N = Murió recién nacido	Peso al nacer	Prematuro		Haga una lista de los problemas que tuvo durante el embarazo o el parto.
				Sí	No	

CA: Make sure the chart contains all previous and most recent pregnancy outcomes.



Staff Comments



# Renovación de la historia médica para mujeres en posparto o que amamantan

Nombre: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

## Staff Instructions

For continuity of care, review all previous health history documentation before asking these update questions. Document current pregnancy outcome on the reverse side (see chart). Complete new health history for all pregnant and initial clients.

### Renovación #1

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. ¿La ha visto algún doctor u otro profesional médico en los últimos seis meses?  
 Sí       No
2. ¿Tiene algún problema médico o preocupación nueva o corriente?  
 Sí       No
3. ¿Tiene miedo de que algún conocido los lastime a usted o a sus hijos?  
 Sí       No

Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

#### Staff Comments

### Renovación #1

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. ¿La ha visto algún doctor u otro profesional médico en los últimos seis meses?  
 Sí       No
2. ¿Tiene algún problema médico o preocupación nueva o corriente?  
 Sí       No
3. ¿Tiene miedo de que algún conocido los lastime a usted o a sus hijos?  
 Sí       No

Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

#### Staff Comments