



Historia médica para mujeres embarazadas/pospartos/que amamantan

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

FDN: _____ Edad: _____

Historia médica para mujeres

1. ¿Dónde recibe atención médica? _____
2. ¿Cuánto hace que tuvo la última cita de atención médica?

3. ¿Ha ido al hospital en los últimos 12 meses?
 Sí No
4. ¿Ha tenido alguna vez algún problema de la salud, cirugía o lesión grave?
 Sí No
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____
5. ¿Tiene problemas dentales, entre ellos, dolor o manchas blancas en los dientes?
 Sí No
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____
6. ¿Toma algún medicamento, entre ellos, vitaminas?
 Sí No
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____
7. ¿Cuánto hace que tuvo la última cita de atención dental?

8. ¿Sigues una dieta especial?
 Sí No
Si contesta "Sí", favor de describir la dieta. _____
9. ¿Hay algunos alimentos que limita o no come?
 Sí No
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____

10. ¿Tiene problemas para masticar o tragar?
 Sí No
Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____
11. ¿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
12. ¿Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?
 Sí No
13. ¿Ha fumado un cigarro, aunque sea una sola fumada, en los últimos 30 días?
 Sí No
14. ¿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
15. ¿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>.
16. ¿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