

CUESTIONARIO EMBARAZO

A completar por el médico

Nombre y apellido de la persona a asegurar: _____

Fecha de nacimiento: _____

Paciente desde: _____

Sírvase contestar a cada una de las siguientes preguntas y ampliar datos en caso de ser necesario:

Datos de la paciente

1. ¿Desde qué fecha usted es médico de la paciente?:

2. La paciente tiene cobertura médica?:

3. Lugar previsto para el parto (indicar si es un hospital público o clínica privada y su respectivo nombre):

4. La paciente padece de alguna de las siguientes enfermedades (marcar con una x):

Diabetes	Si ___ No ___	Trastornos Neurológicos	Si ___ No ___
Hipertensión	Si ___ No ___	Cardiopatías Congénitas	Si ___ No ___
Enfermedad Renal	Si ___ No ___	Malformaciones Pélvicas que	
Edemas	Si ___ No ___	requieran cesárea	Si ___ No ___

5. ¿La paciente presenta anemia y/o albuminuria?:

Gestación en Curso

6. ¿La paciente tiene un embarazo único, gemelar o múltiple?:

7. ¿Hay cambios anormales en el peso de la paciente?:

8. ¿La paciente ha observado en orden las prescripciones y consejos médicos?:

9. La paciente presenta alguno de los siguientes síntomas o signos:

Embarazo ectópico	Si ___ No ___
Aborto Inminente	Si ___ No ___
Desprendimiento de placenta o placenta previa	Si ___ No ___
Hiperemesis gravídica	Si ___ No ___
Toxemia pre-clámptica	Si ___ No ___
	Si ___ No ___

10. Indicar la fecha tentativa del parto: _____

Embarazos Anteriores

- La paciente tuvo **aborto**? Detallar fecha(s) y motivo(s) si lo hubo:

- La paciente tuvo **pre-eclampsia/eclampsia**?: _____

- Los partos fueron normales o por cesárea?

- En el parto fue necesario fórceps vacuum y/o cesárea? En estos casos cuál fue el motivo?, especificar el tratamiento utilizado: _____

- La paciente tuvo problemas posteriores al parto como: flebitis, infecciones, mastitis, etc:

Nombre y apellidos del médico:

Fecha:

Lugar:

Firma y sello del médico: