



Barnet Medical Plaza

680 Broadway, Suite 111 Paterson N.J. 07514

P: 973.977.6662 F: 973.341.1128

Towne Centre

3 Walter E. Foran Blvd., Suite 312 Flemington N.J. 08822

P: 908.284.2300 F: 908.442.7432

Formulario de Historial Obstétrico

Nombre del Paciente: _____ PID#: _____

Edad: _____ Fecha de la última menstruación: _____

Embarazo positiva? Si No Prueba de sangre o prueba de embarazo? _____

Razón por el examen ordenado: _____

Síntomas: _____

Tienes alguna duda o preocupación con este embarazo? _____

Total de embarazos: _____ # Total de Aborto Involuntario / Aborto: _____
(Incluyendo éste)

Toma algún medicamento? Si No Type: _____

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos | <input type="checkbox"/> Calambres |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal o presión en la pelvis | <input type="checkbox"/> Hipertensión (HTN) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Dependiente de la insulina |

Historia de:

- Parto Prematuro
- Embarazo ectopico
- Papanicolaou
- Cesárea anterior
- LEEP procedure

Defecto de nacimiento anterior o anormalidad? Si No

Especificar: _____

Firma del paciente: _____