



OB Intake Patient Information

Información de la Paciente para Admisión en Obstetricia

Name/Nombre: _____
Last/APELLIDO First/Primer M/Segundo nombre

DOB/Fecha de Nacimiento: ____/____/____
mo/mes day/día yr/año

Today's date/Fecha de Hoy: ____/____/____
mo/mes day/día yr/año

Tel #: _____ Work/Trabajo: _____ Cell/ Móvil: _____

Primary care provider/Proveedor de atención primaria: _____

Referred by/Referido por: _____

Reason for today's visit? _____

¿Motivo de la visita de hoy? _____

Pregnancy dating/ Fechas relacionadas con el embarazo:

First day of last menstrual period: _____ Certain Approximate (select one)

Primer día del último período menstrual: _____ Preciso Aproximado (seleccione uno)

Tracking ovulation: Yes No If yes, date of ovulation: ____/____/____

Seguimiento de la ovulación: Sí No Si respondió "Sí", fecha de ovulación: ____/____/____

Method of tracking: _____

Método de seguimiento: _____

Did you use fertility treatment to achieve this pregnancy? Yes No Which method? _____

¿Usó un tratamiento de fertilidad para lograr este embarazo? Sí No ¿Qué método? _____

Were you on birth control when you became pregnant? Yes No Which method? _____

¿Estaba usando un método anticonceptivo cuando quedó embarazada? Sí No ¿Qué método? _____

Past medical and family history: For yourself, provide details and dates. For family members, please check (✓) if yes. In the "other" column please specify who the family member is, such as: Maternal Grandmother (MGM), Maternal Grandfather (MGF), Paternal Grandmother (PGM), or Paternal Grandfather (PGF).

Historia médica y familiar: Para usted, proporcione información y fechas. Para familiares, marque en caso afirmativo. En la columna "Otro" especifique quién es el familiar, por ejemplo: abuela materna (MGM), abuelo materno (MGF), abuela paterna (PGM) o abuelo paterno (PGF).

Check here if you were adopted

Marque aquí si es adoptada

	Self Usted	Mother Madre	Father Padre	Sister Hermana	Brother Hermano	Child Hijo/a	Other Otro
Alcoholism/ Alcoholismo							
Arthritis/ Artritis							
Asthma/ Asma							
Anxiety/ Ansiedad							
Bleeding disorder, please specify Trastorno de sangrado, especifique:							
Bowel problems, please specify: Problemas intestinales, especifique:							
Cancer, please specify: Cáncer, especifique:							
Chickenpox/ Varicela							
Depression/ Depresión							
Diabetes/ Diabetes							
Drug abuse/ Abuso de drogas							
Eating disorder, please specify: Trastorno alimentario, especifique:							
Emphysema/ Enfisema							

Heart disease <i>Enfermedades del corazón</i>							
Heartburn/ <i>Ardor de estómago</i>							
Hepatitis, please specify: <i>Hepatitis, especifique:</i>							
High blood pressure/ <i>Presión alta</i>							
High cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>							
Osteoporosis/ <i>Osteoporosis</i>							
Seasonal allergies/ <i>Alergias estacionales</i>							
Stroke/ <i>Apoplejía</i>							
Thyroid disease/ <i>Enfermedad de la tiroides</i>							
Ulcer/ <i>Úlcera</i>							
Other/ <i>Otro</i>							
Other/ <i>Otro</i>							

Surgical history/Historia Quirúrgica:

List any surgeries you have had: (i.e.: wisdom teeth removal)
Escriba las cirugías que haya tenido: (por ejemplo, extracción de muelas de juicio)

Date ___/___/___
Fecha ___/___/___

Social history/Historia social

Tobacco use/ Uso de tabaco:

Any form of tobacco use past or present (cigarettes or smokeless tobacco): Yes No
Cualquier forma de uso de tabaco en el pasado o en la actualidad (cigarrillos o tabaco sin humo): Sí No
 Current use: Yes No If yes, how many packs per day: _____ Number of years: _____
Uso actual: Sí No *Si respondió "Sí", cuántos paquetes al día:* _____ *Cantidad de años:* _____
 Are you interested in quitting or desire tobacco cessation information? Yes No
¿Le interesa dejar el tabaco o quiere información para dejarlo? Sí No
 Past use: Yes No If yes, number of years: _____ Quit date: ___/___/___
Uso en el pasado: Sí No *Si respondió "Sí", cantidad de años:* _____ *Fecha en que dejó:* ___/___/___
 Other tobacco use: Pipe Cigar Snuff Chew Never
Uso de otros tipos de tabaco: Pipa Cigarro Rapé Masticable Nunca

Alcohol use/Consumo de alcohol:

Do you drink alcohol? Yes No If yes, # of drinks per week: _____
¿Bebe alcohol? Sí No *Si respondió "Sí", cantidad de tragos a la semana:* _____
 Quit for pregnancy? Yes No
¿Dejó por el embarazo? Sí No

Drug use/ Consumo de drogas:

Do you use marijuana or other recreational drugs? Yes No
¿Consume marihuana u otras drogas recreativas? Sí No
 Have you ever used needles to inject drugs? Yes No
¿Alguna vez usó agujas para inyectarse drogas? Sí No

Sexual activity: Actividad sexual:

Currently sexually active: Yes No If yes, partner's name: _____
Sexualmente activa ahora: Sí No *Si respondió "Sí", nombre de su pareja:* _____
 Sexual partner(s) is/are/have been: Male Female Both
Sus parejas sexuales son/han sido: Hombres Mujeres Ambos

Activities of daily living/ Actividades de la vida diaria:

- | | |
|--|---|
| 1. Have you ever served in the military?
<i>¿Alguna vez sirvió en el ejército?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Have you ever had a blood transfusion?
<i>¿Alguna vez recibió una transfusión de sangre?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Do you have any concerns about caffeine?
<i>¿Tiene alguna preocupación sobre la cafeína?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Do you have any occupational exposures (chemicals, x-rays, chemo, etc)?
<i>¿Tiene exposiciones ocupacionales (productos químicos, rayos X, quimioterapia, etc.)?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Do you participate in any extreme or hazardous hobbies?
<i>¿Participa en pasatiempos extremos o peligrosos?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Do you have any sleep concerns?
<i>¿Tiene preocupaciones sobre el sueño?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. Are you currently experiencing any unusual stressors?
<i>¿Hay actualmente en su vida factores de estrés que no suela haber?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. Do you have any weight concerns?
<i>¿Tiene preocupaciones sobre el peso?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. Do you eat a special diet such as vegetarian or gluten-free?
<i>¿Lleva una dieta especial, como vegetariana o sin gluten?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. Do you have any previous back injuries or scoliosis?
<i>¿Tiene lesiones anteriores en la espalda o escoliosis?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. Do you exercise? If yes, what type: _____
<i>¿Hace ejercicio? Si respondió "Sí", de qué tipo: _____</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. Do you wear a helmet when riding a bicycle?
<i>¿Usa casco cuando monta en bicicleta?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. Do you wear a seatbelt in the car?
<i>¿Usa cinturón de seguridad en el auto?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. Do you do self-breast exams?
<i>¿Se examina las mamas?</i> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Social / Safety documentation/ Documentación social/ de seguridad:

- Who do you live with? _____
¿Con quién vive? _____
- Do you have any cats in your home? Yes No
¿Tiene gatos en casa? Sí No
- Do you have working smoke alarms? Yes No
¿Tiene alarmas de humo que funcionen? Sí No
- Are there any guns in the home? Yes No
¿Hay algún arma de fuego en casa? Sí No
- Do you have a religious preference? _____
¿Tiene alguna preferencia religiosa? _____
- Would you agree to a blood transfusion if needed? Yes No
¿Aceptaría recibir una transfusión de sangre si fuera necesario? Sí No
- What is your racial ethnicity: _____
¿Cuál es su etnia racial?: _____
- Primary language: _____
- How many years of education do you have? _____ Type of degree (if applicable): _____
¿Cuántos años de educación tiene? _____ Tipo de título (si corresponde): _____
- What is your occupation? _____
¿Cuál es su ocupación? _____
- What is your partner's occupation? _____
¿Cuál es la ocupación de su pareja? _____
- Has there been a history of violence, trauma, or physical, sexual, or emotional abuse in your family, or in your relationship (past or present)? Yes No If yes, _____
¿Ha habido historia de violencia, trauma, o abuso físico, sexual o emocional en su familia o en su relación (anterior o actual)? Sí No Si respondió "Sí", _____

Obstetric history

Historia obstétrica

Check here if you have never been pregnant

Marque aquí si nunca ha estado embarazada

Please list all pregnancies in order (from oldest to most recent). For pregnancy outcome, please list type of delivery: **Term** (37 + weeks), **Pre-term** (<37 weeks), **miscarriage**, **abortion**, or **ectopic pregnancy**. If you need more room, please use the back of the form. **For history of C-section, please provide reason.**

Mencione todos los embarazos en orden (del primero al más reciente). En "Resultado del embarazo", indique el tipo de parto: A término (más de 37 semanas), Prematuro (menos de 37 semanas), aborto espontáneo, aborto, o embarazo ectópico. Si necesita más espacio, use la parte de atrás del formulario. Si tiene historia de cesáreas, escriba el motivo.

Pregnancy Outcome Resultado del embarazo	Date of Delivery Fecha de parto	# of weeks Cant. de semanas	Labor Length Duración del trabajo de parto	Baby's Weight Peso del bebé	Sex (M / F) Sexo (M/F)	Delivery Type (Vag or C/S) Tipo de parto (vaginal o por cesárea)	Epidural / IV med / none Epidural/Med. intravenosa/Nada	Living (Y / N) / Name Con vida (S/N)/Nombre	Delivery location / complications during pregnancy or delivery/ reason for C-section Lugar del parto/complicaciones durante el embarazo o parto/motivo de la cesárea
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

Gynecologic history/Historia ginecológica:

- Age of first period: _____
Edad a la que tuvo su primer período: _____
- First day of last menstrual period: _____
Primer día del último período menstrual: _____
- Are your periods regular?: Yes No
¿Son sus períodos regulares?: Sí No
How often do you have your period: every _____ days
¿Con qué frecuencia tiene su período?: Cada _____ días
- How long does your period last: _____ days
¿Cuánto dura su período? _____ días
- Date of last pap smear: ____/____/____ Result: _____
Fecha del último Papanicolaou: ____/____/____ Resultado: _____
- Have you ever had an abnormal pap smear? Yes No If yes, please list year and treatment for each abnormal pap: _____
¿Alguna vez tuvo un Papanicolaou anormal? Sí No Si respondió "Sí", indique el año y el tratamiento para cada Papanicolaou anormal: _____
- History of sexually transmitted infections? Yes No If yes, type(s): _____
¿Historia de infecciones de transmisión sexual? Sí No Si respondió "Sí", tipos: _____

Social data / habits / exposure/

Datos sociales/hábitos/exposición:

1. Spouse / partner's name: _____
Nombre del cónyuge/la pareja: _____
2. Was this a planned pregnancy: Yes No
¿Fue este un embarazo planeado? Sí No
3. Are you considering placing baby up for adoption? Yes No
¿Está considerando la posibilidad de dar al bebé en adopción? Sí No
4. Tobacco Cessation information needed? Yes No
¿Necesita información sobre cómo dejar el tabaco? Sí No
5. HIV testing is performed as a standard of care and will be drawn with your prenatal labs in each pregnancy. If you have concerns, please discuss this with your provider.
Se hacen pruebas de VIH como estándar de atención y se hará con sus análisis de laboratorio prenatales en cada embarazo. Si tiene preocupaciones, hable de esto con su proveedor.
6. Will you be 35 or over at time of delivery: Yes No
¿Tendrá más de 35 años en el momento del parto? Sí No

Genetic history: for any positive answers, please list the affected family member.

Historia genética: para las respuestas positivas, indique el familiar afectado.

	Your family Su familia	Partner's family La familia de su pareja	Negative Negativo
Sickle cell disease or trait (African) <i>Anemia falciforme o rasgo drepanocítico (africanos)</i>			
Thalassemia (Italian, Greek, Medit or Asian) <i>Talasemia (italianos, griegos, mediterráneos o asiáticos)</i>			
Tay-Sachs disease (Jewish, Cajun, French Canadian) <i>Enfermedad de Tay-Sachs (judíos, cajunes, francocanadienses)</i>			
Down syndrome <i>Síndrome de Down</i>			
Developmental delay, mental retardation, or autism If yes, was the person tested for Fragile X? <i>Retraso del desarrollo, retraso mental o autismo</i> <i>Si respondió "Sí", ¿se le hizo a la persona la prueba de X frágil?</i>			
Neural Tube Defects (Spina Bifida, Meningocele, or Anencephaly) <i>Defectos del tubo neural (espina bifida, meningocele o anencefalia)</i>			
Cystic Fibrosis <i>Fibrosis quística</i>			
Huntington's Chorea <i>Corea de Huntington</i>			
Muscular Dystrophy <i>Distrofia muscular</i>			
Hemophilia <i>Hemofilia</i>			
Definite / Probable ADD /ADHD <i>ADD/ADHD definitivo/probable</i>			
Other chromosomal abnormality or genetic disorders? <i>¿Otros trastornos genéticos o anomalías cromosómicas?</i>			
Previous pregnancy and/or child with birth defect(s)? <i>¿Embarazos anteriores o hijos con defectos congénitos?</i>			

Medication list / Preferred pharmacy:

Lista de medicamentos/farmacia preferida:

Please list all medications, vitamins, and supplements you are currently taking or have been prescribed. Please list additional medications on the back of this form.

Escriba todos los medicamentos, las vitaminas y los suplementos que toma actualmente o que le hayan recetado. Escriba los medicamentos adicionales en la parte de atrás de este formulario.

Name of Medication / vitamin / supplement <i>Nombre del medicamento/la vitamina/el suplemento</i>	Dosage <i>Dosis</i>	How often do you take it? <i>¿Con qué frecuencia lo toma?</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

What is your preferred pharmacy:

Cuál es su farmacia preferida: _____

Location: _____

Dirección: _____

Allergies: No known drug allergies

Alergias: *Que yo sepa, no tengo alergias a medicamentos*

List medications / food / latex allergy

Escriba las alergias a medicamentos/a comidas/al látex

Reaction

Reacción

Other information you wish to share with your provider:

Otra información que quiera compartir con su proveedor:
