

Historia de embarazo

Embarazo actual

Respuesta adecuada de círculo o rellenar espacios en blanco

Ultimo periodo de su menstruación _____

Fecha para aliviarse _____

Historia obstétrica

Número

Niños que nacieron de tiempo completo _____

Niños que nacieron prematuros _____

Recién nacidos que no sobrevivieron _____

Perdidas de embarazo

Número

Antes de 14 semanas _____

Entre las semanas 15-23 _____

Entre las semanas 24-36 _____

Más de 37 semanas _____

Terminaciones

Número

Antes de 14 semanas _____

Entre las semanas 15-23 _____

Más de 15 semanas _____

Embarazos fuera del útero

Numero _____

¿Cómo tratados? Cirugía / Medicamentos

Enfermedades de transmisión sexual

Último brote

Tratamiento actual

Herpes _____

Sífilis _____

Clamidia _____

Gonorrea _____

Cualquier otro _____

Por favor, incluya
Abortos espontáneos

Primer embarazo **Segundo embarazo** **Tercer embarazo**

¿Nacimiento vivo? Sí/no
Tipo de entrega: vaginal, cesárea
Fecha _____
Peso _____
Complicación

¿Nacimiento vivo? Sí/no
Tipo de entrega: vaginal, cesárea
Fecha _____
Peso _____
Complicación

¿Nacimiento vivo? Sí/no
Tipo de entrega: vaginal, cesárea
Fecha _____
Peso _____
Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

Cuarto embarazo **Quinto embarazo** **Sexto embarazo**

¿Nacimiento vivo? Sí/no
Tipo de entrega: vaginal, cesárea
Fecha _____
Peso _____
Complicación

¿Nacimiento vivo? Sí/no
Tipo de entrega: vaginal, cesárea
Fecha _____
Peso _____
Complicación

¿Nacimiento vivo? Sí/no
Tipo de entrega: vaginal, cesárea
Fecha _____
Peso _____
Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

