

INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: (si vive en California) _____

Doctor que le refirió: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU PAREJA (Si está embarazada, "pareja" se refiere al papá del bebé)

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (M/D/A): _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO:

¿Está usted embarazada? NO SI si está, fecha del parto: _____

Por favor indique todos los medicamentos que toma regularmente: _____

Si esta embarazada, indique todas las medicinas que ha tomado durante este embarazo (excepto vitaminas y Tylenol): _____

Durante su embarazo, ha tenido o tomado:

| | | |
|-----------------|----|----|
| Drogas ilícitas | SI | NO |
| Cigarros | SI | NO |
| Alcohol | SI | NO |
| Fiebre | SI | NO |
| Rayos X | SI | NO |

¿Tiene usted las siguientes condiciones?

| | | |
|-------------|----|----|
| ¿Diabetes? | SI | NO |
| ¿Epilepsia? | SI | NO |

NÚMEROS DE TELÉFONO PARA COMUNICARNOS:

Casa del paciente: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

¿Otra persona con quien podemos dejar información sobre los resultados de sus pruebas? _____

Teléfono: _____

Si hay algún número de teléfono en el cual podamos dejar **mensajes confidenciales**, por favor firme el siguiente permiso para dispensar información:

Yo, _____, doy permiso a Genzyme Genetics para dejar mensajes confidenciales sobre los resultados de mis pruebas o información al siguiente número:

TELÉFONO CONFIDENCIAL: _____

HE CONTESTADO LAS PREGUNTAS DE LA MEJOR FORMA POSIBLE:

FIRMA DE LA PACIENTE: _____ FECHA: _____