

Por favor, incluya Abortos espontaneos

Primer embarazo

¿Nacimiento vivo? Yes No

Tipo de entrega: vaginal, cesarea

Fecha _____

Peso _____

Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

Segundo embarazo

¿Nacimiento vivo? Yes No

Tipo de entrega: vaginal, cesarea

Fecha _____

Peso _____

Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

Tercer embarazo

¿Nacimiento vivo? Yes No

Tipo de entrega: vaginal, cesarea

Fecha _____

Peso _____

Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

Cuarto embarazo

¿Nacimiento vivo? Yes No

Tipo de entrega: vaginal, cesarea

Fecha _____

Peso _____

Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

Quinto embarazo

¿Nacimiento vivo? Yes No

Tipo de entrega: vaginal, cesarea

Fecha _____

Peso _____

Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?

Sexto embarazo

¿Nacimiento vivo? Yes No

Tipo de entrega: vaginal, cesarea

Fecha _____

Peso _____

Complicación

¿El recién nacido tiene algún problema?
