

## CUESTIONARIO DE SALUD HDI - EMBARAZO

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario, sea por el Ginecólogo tratante  
Favor adjuntar última Ecografía Obstétrica e Historia Clínica de Obstetricia

<b>Nombre:</b>			<b>Documento:</b>			<b>Edad:</b>			<b>Peso: (en Kg)</b>			<b>Talla: (en cms)</b>							
1. Grupo Sanguíneo de la Madre y el Padre																			
2. Fecha de la Última Regla:			Día		Mes		Año												
3. Con el Embarazo actual, cuantos Embarazos ha tenido?																			
4. Indique numero de			<b>PARTOS</b> <input type="text"/>			<b>CESAREA</b> <input type="text"/>			<b>ABORTOS</b> <input type="text"/>			<b>ECTÓPICOS</b> <input type="text"/>							
5. Si tuvo algún Aborto, Embarazo Ectópico o Cesárea indique la fecha y las causas																			
Día			Mes		Año			Día			Mes		Año						
Día			Mes		Año			Día			Mes		Año						
Día			Mes		Año			Día			Mes		Año						
6. Mencione alguna Complicación Asociada																			
<b>ECLAMPسيا O PRECLAMPسيا</b>					<input type="checkbox"/>					<b>PROBLEMAS DE PLACENTA</b>					<input type="checkbox"/>				
<b>HIPEREMESIS GRÁVIDA (VOMITO)</b>					<input type="checkbox"/>					<b>MALFORMACIONES FETALES</b>					<input type="checkbox"/>				
<b>DIABETES GESTACIONAL</b>					<input type="checkbox"/>					<b>RUPTURA DE MEMBRANAS</b>					<input type="checkbox"/>				
<b>INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA</b>					<input type="checkbox"/>					<b>OTRA</b>					<input type="checkbox"/>				
7. Padece Hipertensión, Diabetes o alguna Enfermedad Real Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique tratamiento y dosis																			
8. Informe su Peso previo al Embarazo																			
9. Informe los Medicamentos que consume incluyendo dosis																			
<b>LUGAR Y FECHA</b>																			
			Día		Mes		Año			<b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b>									