

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso antes de este embarazo: _____ Fecha de parto:

Por favor responda las siguientes preguntas.

1. Describa su salud o su embarazo.

2. a. ¿Es éste su primer embarazo?
 - Sí (vaya directamente a la pregunta 3)
 - No (responda las preguntas b. - e. que siguen)

- b. Para los nacimientos después de la semana 20, ¿hubo algún parto de feto muerto o muerte neonatal?
 - Sí No

- c. ¿Ocurrió alguno de sus partos en la semana 37 o antes?
 - Sí No

- d. ¿Nació alguno de sus bebés con un peso de 5 libras, 8 onzas o menos?
 - Sí No

- e. ¿En qué fecha terminó su último embarazo? _____

3. ¿Está recibiendo cuidado prenatal para este embarazo?
 - Sí, empecé a recibir cuidado prenatal en el mes _____ del embarazo.
 - No

Siga al dorso ⇨

4. ¿Tuvo algún problema médico con este embarazo o con algún otro embarazo?
 Sí (por favor enumere) _____
 No
5. ¿Toma usted algún medicamento en estos momentos?
 Sí (por favor enumere) _____
 No
6. ¿Fuma cigarrillos en estos momentos?
 Sí ¿Cuántos por día? _____
 No
7. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar, fuma dentro de la casa?
 Sí No
8. ¿Ha tomado cerveza, vino o licores fuertes durante este embarazo?
 Sí. ¿Cuántos tragos toma por semana?
 No
9. ¿Ha usado alguna droga durante este embarazo?
 Sí No
10. ¿Cómo piensa alimentar a su bebé cuando nazca?
 Amamantar Amamantar y fórmula
 Fórmula No he decidido todavía
11. ¿Qué ha escuchado decir sobre el amamantamiento?