

CUESTIONARIO DE HISTORIA PRENATAL

Tener un bebé saludable es un evento especial. Una vez que nace el bebé, las familias toman ciertas precauciones para asegurar la salud y seguridad del bebé. Un niño que no ha nacido se merece atención similar.

Las siguientes preguntas ayudarán con la atención de su embarazo. Responda a estas preguntas lo mejor que pueda. Si necesita ayuda para responder las preguntas, hable con su proveedor de atención médica. Las primeras preguntas son acerca de usted. El grupo que le sigue es acerca de usted, el padre de su bebé y las familias de ambos. Cuando piense en familias, incluya a su hijo (o bebé que no ha nacido aún), madre, padre, hermanos, abuelos, tíos, sobrinos y primos.

- Sí No 1. ¿Tendrá 35 años o más cuando nazca el bebé? Edad para la fecha de parto: _____.
- Sí No 2. ¿Usted y el padre del bebé son parientes (es decir, primos)?
- Sí No 3. ¿Ha tenido tres embarazos o más que resultaran en aborto involuntario o malparto?
- Sí No 4. ¿Usted o el padre del bebé han tenido un bebé que naciera muerto o que falleciera cerca del momento del parto?
- Sí No 5. ¿Usted o el padre del bebé tienen un defecto de nacimiento o afección genética como espina bífida, defecto en el corazón o síndrome de Down?
- Sí No 6. ¿Alguien en su familia o la del padre del bebé tiene un defecto o afección de nacimiento que se haya diagnosticado como genética o hereditaria como espina bífida, defecto cardíaco o síndrome de Down?
- Sí No 7. El origen de sus antepasados a veces nos puede dar información importante acerca de la salud de su bebé. ¿Usted o el padre de su bebé son de alguno de los siguientes grupos étnicos/raciales: judío, negro, asiático, mediterráneo (griego, italiano)?
- Sí No 8. ¿Usted o el padre del bebé han sido evaluados en algún momento para averiguar si alguno de los dos tiene el gen de alguno de los siguientes: Tay-Sachs, células falciformes, talasemia o fibrosis quística?
- Sí No 9. ¿Cree que se encuentra en mayor riesgo de tener un bebé con un defecto de nacimiento o trastorno genético?
Si respondió "sí", ¿qué defecto o trastorno? _____
¿Por qué cree que corre un mayor riesgo? _____
- Sí No 10. En cualquier momento durante los primeros dos meses de su embarazo, ¿tuvo una erupción o fiebre de 103° F o más?

A veces, el bebé que no ha nacido puede estar expuesto a factores externos que causan defectos de nacimiento. Las siguientes 8 preguntas nos darán información importante sobre la posible exposición del bebé.

- Sí No 11. ¿Le han hecho radiografías durante este embarazo?
- Sí No 12. ¿Ha bebido alcohol durante este embarazo?
13. Antes de su embarazo, ¿con qué frecuencia bebía bebidas alcohólicas?
 Todos los días Menos de una vez por mes
 Al menos una vez por semana, no todos los días No bebo alcohol
 Al menos una vez por mes, no todas las semanas
14. Antes de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas bebía generalmente por ocasión? (1 = una lata de cerveza, una botellita de vino (wine cooler), una copa de vino, un trago de licor)
 3 o más 1 a 2 No bebo alcohol

15. ¿Qué frase describe mejor su estado de tabaquismo?
 Nunca fumé o he fumado menos de 100 cigarrillos en mi vida.
 Dejé de fumar antes de enterarme de que estaba embarazada, y ahora no fumo.
 Dejé de fumar después de enterarme de que estaba embarazada, y ahora no fumo.
 Fumo actualmente pero he bajado la cantidad de cigarrillos que fumo desde que me enteré de que estaba embarazada.
 Fumo habitualmente, aproximadamente lo mismo que antes de enterarme de que estaba embarazada.

Sí No 16. ¿Ha tomado algún medicamento de venta libre o recetado, o ha consumido drogas "callejeras" durante este embarazo? Si lo ha hecho, haga una lista.

Sí No 17. ¿Alguna vez buscó y/o recibió tratamiento por problemas de alcohol o drogas? Si respondió "sí", ¿hace cuánto? _____

Se recomienda que todas las mujeres embarazadas se hagan una prueba de VIH sin importar sus respuestas a las siguientes preguntas. La prueba es voluntaria. Hay tres razones para hacerse la prueba: [1] la mayoría de las mujeres no se considera en riesgo o no está al tanto de los comportamientos riesgosos de su compañero; [2] hay nuevos medicamentos disponibles que reducen las posibilidades de que una madre infectada le pase el VIH a su bebé y [3] la mayoría de las mujeres no saben que están infectadas con VIH hasta avanzada la enfermedad. Las siguientes preguntas ayudarán a su proveedor de atención médica a determinar otras áreas de asesoría y evaluación.

Sí No No estoy segura 18. ¿Usted o sus compañeros sexuales han tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual (ETS, STD o VD) como clamidia, gonorrea, sífilis o herpes?

Sí No No estoy segura 19. ¿Alguna vez ha tenido una infección grave en la pelvis o enfermedad inflamatoria pélvica (PID)?

Sí No No estoy segura 20. ¿Cree que alguno de sus compañeros sexuales masculinos haya tenido sexo con otros hombres alguna vez?

Sí No No estoy segura 21. ¿Usted o alguno de sus compañeros sexuales utilizaron drogas callejeras intravenosas alguna vez?

Sí No No estoy segura 22. ¿Ha tenido sexo con dos o más compañeros en los últimos doce meses?

Sí No No estoy segura 23. ¿Cree que alguno de sus compañeros sexuales podría tener VIH o SIDA?

Sí No No estoy segura 24. ¿Alguna vez usted o alguno de sus compañeros sexuales recibieron una transfusión de sangre?

Qué tan segura se siente en su vida cotidiana nos da información importante acerca de riesgos para usted y su bebé. Responda a estas preguntas lo mejor que pueda.

Sí No 25. ¿Se siente segura...
 Sí No en su relación personal?
 Sí No dentro de su hogar?
 Sí No en su propio vecindario?
 Sí No otro (especifique) _____

Sí No 26. ¿Alguna vez hirieron sus sentimientos en forma repetida, la desanimaron o experimentó otros tipos de sufrimiento?

Si tiene menos de 18 años y responde "sí" a las siguientes preguntas, su proveedor de atención médica debe reportar esta información a Servicios de Protección Infantil.

Sí No 27. ¿La están golpeando, cacheteando, pateando, empujando o lastimando físicamente de algún otro modo ahora o lo han hecho en el pasado? Si respondió "sí", ¿quién lo hizo?
 Esposo Miembro de la familia Ex esposo
 Extraños Compañero Otro (especifique) _____

Sí No 28. ¿Alguna vez ha sufrido toqueteos incómodos o contacto sexual forzado o le está sucediendo ahora? Si respondió "sí", ¿por quién?
 Esposo Miembro de la familia Ex esposo
 Extraños Compañero Otro (especifique) _____