

Cuestionario
MATERNIDAD

(Debe ser completado por el Médico)

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

1. Nombre _____ 2. Apellido _____
3. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____ Fecha última de Menstruación MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____
4. Peso (Kg/Libra) _____ 5. Altura (M/Ft) _____
6. IMC _____ 7. Grupo Sanguíneo _____
8. Fumadora Cuantos/Día _____ Desde (AAAA) _____ Hasta (AAAA) _____
9. Presión Arterial _____ A) La paciente está en un programa de fertilización? Si No
- B) Fecha esperada de parto ____ / ____ / ____ Tipo de parto previsto Normal Cesárea

CUESTIONARIO

Antecedentes Obstétricos:

10. Número de Embarazos _____
11. Parto Natural _____
12. Cesáreas _____
13. Abortos ____ Espontaneos ____ Provocados ____
14. Partos prematuros _____
15. Partos complicados _____
16. Niños con complicaciones perinatales _____
17. Niños con enfermedades congénitas _____
18. Por favor explique en detalles las respuestas afirmativas: _____

19. Historial médico personal
- A) ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones o enfermedades?
- Enfermedades congénitas o hereditarias Si No
- Diabetes Cáncer Enfermedades Hematológicas Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Renales Enfermedades Endocrinas
- Otros _____
- Curetaje Cirugías Biopsias de Útero Ovarios Trompas de Falopio Vagina Mama
- Otros _____



Cuestionario
MATERNIDAD

(Debe ser completado por el Médico)



CUESTIONARIO - Continuación -

19. A) Infertilidad Trastornos Menstruales Endometriosis
 Otros _____
- Embarazos Múltiples Eclampsia/Preeclampsia Embarazo Ectópico Incompatibilidad del Tipo de Sangre
 Otros _____
- Complicaciones del parto o del embarazo o enfermedades no mencionadas anteriormente

Por favor explique en detalle todas las respuestas afirmativas (fechas, diagnóstico, tratamientos, nombre del médico e información de contacto)

20. Antecedentes médicos familiares

¿Hay antecedentes en su familia de?

- Enfermedad congénita Sí No
- Enfermedad hereditaria Sí No
- Diabetes Tipo 1 Sí No
- Enfermedad del corazón Sí No
- Embarazos múltiples o complicados Sí No
- Partos complicados Sí No

Por favor explique en detalle todas las respuestas afirmativas _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Cualquier persona que conscientemente, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier declaración o cualquier información falsa, incompleta pueda ser culpable de un delito susceptible de sanción por la ley y puede estar sujeto a sanciones civiles. Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas según mi conocimiento. Autorizo a cualquier médico, institución médica, farmacia, compañía de seguros, empleador, sindicato o asociación a divulgar información a SureGo Administrative Services, S.A. de C.V. como se requiere para pagar adecuadamente todos los beneficios, si los hay, debido a mí, mi cónyuge, o cualquier otro dependiente. Una fotocopia de esta autorización será considerada efectiva y válida como el original.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

Sello

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD LOS MATERIALES INCLUIDOS SON PROPIEDAD PRIVADA Y CONFIDENCIAL DEL REMITENTE, Y SON COMUNICACIONES PRIVILEGIADAS ÚNICAMENTE PARA LA RECEPCIÓN, USO E INFORMACIÓN SOBRE EL DESTINATARIO INDICADO ANTERIORMENTE. SI USTED NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO, LE INFORMAMOS QUE CUALQUIER REVISIÓN, DIVULGACIÓN, REPRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN O TOMA DE CUALQUIER ACCIÓN BASADA EN EL CONTENIDO DE ESTA TRANSMISIÓN ESTÁ EstrictAMENTE PROHIBIDA Y PUEDE RESULTAR EN RESPONSABILIDAD LEGAL POR SU PARTE. ESTA COMUNICACIÓN PUEDE SER OBJETO DE UN PRIVILEGIO LEGAL. EL RECIBO POR PARTE DE ALGUIEN QUE NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO NO ES UNA RENUNCIA A NINGÚN PRIVILEGIO. SI HA RECIBIDO ESTE MATERIAL POR ERROR, NOTIFIQUE AL REMITENTE AL NÚMERO DE TELÉFONO PROPORCIONADO Y DESTRUYA LOS MATERIALES. LA INFORMACIÓN DE SALUD ES PERSONAL, SENSIBLE Y SOLO DEBE SER LEÍDA POR UNA PERSONA AUTORIZADA. LA VIOLACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTÁ SUJETA A SANCIONES BAJO LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

