



North Texas Perinatal Associates

"Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries."

HEALTH INFORMATION FORM/ FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Today's Date/ Fecha de hoy: _____

Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	M.I./Inicial del 2 ^{do} nombre:
Date of Birth/Fecha de nacimiento:	Age/Edad:	Baby's Father's Age/Edad del padre del bebé:
Referring Physician/Médico que remite:	Estimated Due Date/Fecha de parto estimada:	
First Day of Last Menstrual Cycle (Full Date)/Fecha de comienzo del último ciclo de menstruación:		
Reason For Consultation/Motivo de la consulta:		
Pregnancy Complications/Complicaciones del embarazo:		
Are you allergic to any medication?/¿Tiene alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> No If YES, indicate/Si Sí, indique:		
Height/Altura: _____ (inches/ pulgadas) Weight/Peso: _____ (lbs.)		

ALL Past Pregnancies: Please include miscarriages and/or terminations./ TODOS los embarazos anteriores: Incluya abortos involuntarios y/o abortos.					
Year/Año	Weeks at Delivery/ Semanas al parto	BirthWeight/ Peso al nacer	Gender/ Sexo	Type/Tipo Vaginal/Cesárea	Complications, Birth Defects and/or Reason for C-Section/ Complicaciones, defectos de nacimiento y/o motivo para la cesárea
1)			M / F	Vaginal/C-Section	
2)			M / F	Vaginal/C-Section	
3)			M / F	Vaginal/C-Section	
4)			M / F	Vaginal/C-Section	
5)			M / F	Vaginal/C-Section	

Medical History, Do you or have you had any of the following/Antecedentes médicos, ¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas de salud?									
	YES	NO		YES	NO		YES	NO	
Abnormal Uterus/Fibroids/ Útero anómalo/fibromas			High Blood Pressure/ Hipertensión arterial			Kidney Disease / Insuficiencia renal			
Incompetent Cervix/ Cuello uterino incompetente			Asthma/ Asma			Hepatitis/Liver Disease/ Hepatitis/enfermedad del hígado			
Prior Cervical/Uterine Surgery/ Cirugía anterior del cuello uterino			Lupus/Rheumatoid Arthritis/ Lupus/artritis reumatoide			Inflammatory Bowel Disease / Enfermedad de inflamación intestinal			
IVF or Donor Eggs/ Fecundación in vitro u óvulos de donantes			Diabetes/Gestational Diabetes Diabetes/diabetes gestacional			Seizure Disorder/Epilepsy / Trastorno convulsivo/epilepsia			
Genetic Disorders/ Trastornos genéticos			Cancer/ Cáncer			Thyroid Disease/ Enfermedad de la tiroides			
Anemia/Blood Transfusions/ Anemia/transfusión de sangre			Blood Clots/Pulmonary Embolism/ Coágulo sanguíneo/embolismo pulmonar			Anxiety/Bipolar/Depression / Ansiedad / trastorno bipolar/ depresión			
Heart Disease/Murmur/ Cardiopatía/soplo			Thrombophilia/ Trombofilia			HIV/ VIH			

Other/Otro:

Operations - Surgeries/ Operaciones - Cirugías			
Date/Fecha	Procedure/Procedimiento	Date/Fecha	Procedure/Procedimiento

Genetic History/ Antecedentes	
Ethnicity: African American / Asian / Cajun / Caucasian / French Canadian / Hispanic / Jewish / Mediterranean / Other: Origen étnico: Afroamericano / asiático / cajún / caucásico / francocanadiense / hispano / judío / mediterráneo / otro:	
Baby's Father's Ethnicity: African American / Asian / Cajun / Caucasian / French Canadian / Hispanic / Jewish / Mediterranean / Other Origen étnico del padre del bebé: Afroamericano / asiático / cajún / caucásico / francocanadiense / hispano / judío / mediterráneo / otro:	

Please answer the following questions/ Responda las siguientes preguntas::	YES/SI	NO
Have you had any medication exposure during the pregnancy?/ ¿Ha consumido medicamentos durante el embarazo?		
Have you had any x-ray exposure during the pregnancy?/ ¿Le han hecho radiografías durante el embarazo?		
Have you had a rash or fever during the pregnancy?/ ¿Ha tenido erupción o fiebre durante el embarazo?		



Patient Name:	DOB:
Referring Physician:	Misys MR #:

Do you, the baby's father or any family member have any of the following:					
	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Mental Retardation/ Retardo mental			Down Syndrome/ Síndrome de Down		
Fragile X/ X frágil			Tay Sachs/ Tay Sachs		
Mediterranean Anemia/ Anemia mediterránea			Sickle Cell Disease/ Anemia falciforme		
Cystic Fibrosis/ Fibrosis quística			Muscular Dystrophy/ Distrofia muscular		
Neural Tube Defect/ Defectos del tubo neural			Heart Defect/ Cardiopatías		
Birth Defect/ Defecto de nacimiento			Other/ Otro:		
ave you had CF Carrier Testing? ¿Se ha sometido a estudio de portador de FQ (CF)? If so, what were the results? De ser así, ¿cuáles fueron los resultados?			Have you had any other genetic testing? ¿Se ha realizado otros estudios genéticos? If so, what test(s) and what were the results? De ser así, ¿que estudio(s) y cuáles fueron los resultados?		

Social History – Do you or have you used any of the following during your pregnancy:					
	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Alcohol/ Alcohol			Regular Exercise/ Hace ejercicio regularmente		
Tobacco/ Productos de tabaco			Seat Belt Use/ Uso del cinturón de seguridad		
Drug Use/ Consumo de drogas			Other/ Otro:		

Review of Systems – Please check any of the following that CURRENTLY apply.					
	✓			✓	
Constitutional/ Constitucional			Genitourinary/ Genitourinario		
Fatigue/ Cansancio			Dysuria (Painful Urination)/ Disuria (Micción dolorosa):		
Fever/ Fiebre			Frequency/ Frecuencia		
Weight Gain/ Aumento de peso			Hematuria (Blood in Urine)/ Hematuria (Sangre en la orina)		
Weight Loss/ Pérdida de Peso			Urgency/ Deseos constantes		
Eyes/ Ojos			Muscle-Skeletal/ Muscular-esquelético		
Double Vision/ Visión doble			Pain/ Dolor		
Glasses / Contacts/ Gafas / lentes de contacto			Spasm/ Espasmos		
Seeing Spots/ Ver puntos			Weakness/ Debilidad		
Vision Changes/ Cambios en la visión			Neurological/ Neurológicos		
Ears-Nose-Throat/ Oído-nariz-garganta			Numbness/ Entumecimiento		
Headache(s)/ Dolores de cabeza			Seizures/ Convulsiones		
Sinusitis (Sinus Infection)/ Sinusitis (infección sinusal)			Syncope (Fainting)/ Síncope (desmayo)		
Tinnitus (Ringing in Ears)/ Tinnitus (zumbido en los oídos)			Difficulty Walking/ Dificultad para caminar		
Ulcers/ Úlceras			Hematologic/ Hematología		
Cardiovascular/ Cardiovascular			Adenopathy (Enlargement of Lymph Node)/ Adenopatía		
Chest Pain/ Dolor en el pecho			Bleeding/ Sangrado		
Edema (Ex: Swelling of Legs)/ Edema			Bruising (Frequent)/ Hematomas (frecuentes)		
Orthopnea (Shortness of Breath)/ Ortopnea (falta de aire)			Endocrine/ Endocrino		
Palpitations (Abnormal Heart Beat)/ Palpitaciones			Diabetes Mellitus/ Diabetes mellitus		
Respiratory/ Respiratorio			Hyperthyroid (Over Active Thyroid)/ Hipertiroidismo		
Coughing/ Tos			Hypothyroid (Under Active Thyroid)/ Hipotiroidismo		
Shortness of Breath/ Falta de aire			Psychiatric/ Psiquiátrico		
Wheezing/ Respiración sibilante			Anxiety/ Ansiedad		
Gastrointestinal/ Gastrointestinal			Bipolar/ Bipolar		
Constipation/ Estreñimiento			Depression/ Depresión		
Diarrhea/ Diarrea			Skin/ Piel		
Nausea/ Náuseas			Rash/ Erupción		
Pain/ Dolor			Striae (Stretch Marks)/ Estrías		
Vomiting/ Vómitos			Ulcer/ Úlcera		
Other:					

Date of Signature/ Fecha de hoy

Patient Signature/ Firma de la paciente

Physician Signature