



**MEDICAL HX/HISTORIAL MEDICO:****COMMENTS/COMENTARIOS**

<b>Diabetes/Diabetes</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Hypertension/Presion Alta</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Heart Disease/Problemas del Corazon</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Autoimmune Disorder/Problemas Autoimmune</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Kidney Disease/UTI/Problemas de los Riñones</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Neurological/Epilepsy/Problemas Neurálgico-Epilepsia</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Psychiatric/Psiquiatricos</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Depression/Post-Partum Depression/Depresion o Depresion Post parto</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Hepatitis/ Liver Disease/Problemas del Hgado</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Varicosities/Phlebitis/Flebitis/Varicosidades</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Thyroid Dysfunction/Problemas con la Tiroides</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Hx of Trauma/Violence/Violencia o Trauma</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Any Physical abuse at home?Abuso fisico en su casa</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Any Emotional abuse at home?Abuso emocional en su casa</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Hx of Blood Transfusions/A tenido transfusión de sangre</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Would you accept a Blood Transfusion In life threatening situation? Aceptaria transfusión de sangre en emergencia?</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>D (RH) Sensitized/Sensibilización al RH</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Pulmonary/ TB/Asthma/ Problemas del Pulmon/Asma</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Seasonal Allergies/ Alergias de Temporadas</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Drug/Latex Allergies/Alergias a medicinas o a Latex</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Breast Problems/Problemas del Seno</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>GI Problems/Problemas del Intestino</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Gyn Surgery/ Cirugía Ginecóloga</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Operations/Hospitalization/Operaciones</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Anesthetic Complications/ Complicaciones de anestesia</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Uterine Anomaly/DES/Problemas ginecólogo</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Infertility/ Infertilidad</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	
<b>Relevant Family Hx/Problemas médicos familiares</b>	Yes/No <i>Si/No</i>	

**GENETIC SCREENING/ TERATOLOGY COUNSELING** (To include patient, father of baby or anyone else in family with)

Patient age > or = to 35 at Time of Delivery	Yes/No	Huntington's Chorea	Yes/No
Thalassemia (Italian/Greek/Mediterranean/Asian background) MCV<80	Yes/No	Mental Retardation/Autism (if yes, was person tested for Fragile X)	Yes/No
Neural Tube Defect (Meningomyelocele, Spina Bifida, Anencephaly)	Yes/No	Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorder	Yes/No
Congenital Heart Defect	Yes/No	Maternal Metabolic Disorder (PKU, Type I Diabetes)	Yes/No
Downs Syndrome	Yes/No	Patient or baby's father had a child with birth defects not listed above	Yes/No
Tay-Sachs (Jewish/Cajun/French/Canadian)	Yes/No	Recurrent Pregnancy loss or still birth	Yes/No
Canavan Disease	Yes/No	Other	Yes/No
Sickle Cell Disease or Trait (African American)	Yes/No	Comments	
Hemophilia or other Blood Disorders	Yes/No		
Muscular Dystrophy	Yes/No		
Cystic Fibrosis	Yes/No		

**INFECTION HISTORY:**

<b>Live(s) with someone with TB or exposed to TB/ Vive/vivió con alguien con tuberculosis o que fue expuesta a la tuberculosis</b>	Yes/No <i>Si/No</i>
<b>Patient or partner has a history of genital herpes/ Paciente o pareja tiene antecedentes de herpes genital</b>	Yes/No <i>Si/No</i>
<b>Rash or viral illness since last menstrual period/ Enfermedad viral o roncha desde el último período menstrual</b>	Yes/No <i>Si/No</i>
<b>History of STD, Gonorrhea, Chlamydia, HPV, Syphilis/ Historia de enfermedad venérea, gonorrea, clamidia, sífilis o VPH</b>	Yes/No <i>Si/No</i>
Other Concerns/ <i>Otras preocupaciones?</i>	Yes/No <i>Si/No</i>