



New OB Patient History
Historia de nueva paciente de Obstetricia

The Basics/Información Básica:

Name/Nombre: _____

Home phone #/Número de teléfono en casa: _____

Cell phone #/Número celular: _____

Father of the Baby/Padre del bebé: _____

- Husband/Esposo
□ Domestic Partner/Pareja

Emergency Contact Person/Contacto de emergencia: _____

Emergency Contact Phone #/Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Background Information/Información acerca de su antecedentes:

Your occupation/A qué se dedica: _____

Your Job Title/Su puesto: _____

Father of the Baby's occupation/A qué se dedica el padre del bebé: _____

Father of the Baby's Job Title/Puesto del padre del bebé: _____

Drug Allergies?/¿Es alérgica a medicamentos? yes/sí no/no

Explain/Explique: _____

Are you allergic to latex?/¿Es alérgica al látex? yes/sí no/no

What was the first day of your last menstrual period?/¿Cuál fue el primer día de su último periodo menstrual? _____

Are you allergic to latex?/¿Es alérgica al látex? yes/sí no/no

Do you have any spiritual or cultural needs that would affect how we care for you?/¿Tiene usted alguna necesidad espiritual o cultural que pueda afectar la manera como la atendamos? yes/sí no/no

Explain/Explique: _____

Do you have any objections to receiving blood products?/¿Tiene alguna objeción para recibir productos sanguíneos? yes/sí no/no

Do you smoke cigarettes? ¿Fumas cigarrillos? yes/sí no/no

Did either of your parents have a problem with alcohol or drug use? ¿Alguno de tus padres tienen problemas con el alcohol u otras drogas? yes/sí no/no

Does your partner have a problem with alcohol or drug use? ¿Su pareja tiene un problema con el alcohol o el consumo de drogas? yes/sí no/no



In the past, have you had difficulties in your life because of alcohol or other drugs, including Prescription medications? *En el pasado, ha tenido dificultades en su vida a causa de alcohol u otras drogas, incluyendo Los medicamentos recetados?*

yes/sí no/no

In the past month have you drunk any alcohol or used any other drugs? *En el último mes ha bebido alcohol o usado otros medicamentos?*

yes/sí no/no

Past Pregnancies/Embarazos Previos

(please use another sheet of paper if you need more room)/(*por favor, utilice otra hoja si necesita más espacio*)

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| delivery/ <i>Semanas [de embarazo] al momento del parto</i> | | | | | |
| Hours in labor/ <i>Horas en labor de parto</i> | | | | | |
| Problems?/ <i>¿Problemas?</i> | | | | | |

| Pregnancy#/ <i>Embarazo #</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--|---|---|---|---|--|
| Month/Year of Birth/ <i>Mes/Año del nacimiento</i> | | | | | |
| Male / Female <i>Niño/Niña</i> | | | | | |
| Birth weight/ <i>Peso al nacer</i> | | | | | |
| Vaginal birth, c-section, miscarriage, or abortion/ <i>Parto vaginal, cesárea, aborto espontáneo o provocado</i> | | | | | |
| Pain Management/ <i>Manejo del dolor</i> | | | | | |
| Feeding Breast or Bottle/ <i>Alimentación de pecho o con biberón</i> | | | | | |
| Childs Name/ <i>Nombre del bebé</i> | | | | | |
| Weeks at time of | | | | | |



| Medical History and Health Maintenance/ Antecedentes médicos y cuidado de la salud | Patient/ Paciente | | Family/ Familiares | | Unsure/ No está segura |
|--|--------------------------|--------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|
| Multiple Births [i.e. twins]/Parto múltiple [por ejemplo, gemelos] | Yes/Sí | No/No | Yes/Sí | No/No | |
| Malignancies [i.e. cancer]/Enfermedades malignas [por ejemplo, cáncer] | Yes/Sí | No/No | Yes/Sí | No/No | |
| Hypertension [i.e. high blood pressure]/Hipertensión [presión arterial alta] | Yes/Sí | No/No | Yes/Sí | No/No | |
| Heart Disease/Enfermedad del corazón | Yes/Sí | No/No | Yes/Sí | No/No | |
| Pulmonary Disease [i.e. asthma]/Enfermedad pulmonar [por ejemplo, asma] | Yes/Sí | No/No | | | |
| GI Problems [i.e. crohn's disease]/Problemas gastrointestinales [por ejemplo, enfermedad de Crohn's] | Yes/Sí | No/No | | | |
| Breast Disease/Enfermedad de los senos | Yes/Sí | No/No | | | |
| Urinary tract problems [including UTI's & Pyelo]/Problemas del tracto urinario [incluyendo infecciones del tracto urinario y pielonefritis] | Yes/Sí | No/No | | | |
| Endocrine/Metabolic [i.e. diabetes/thyroid]/Problemas endocrinológicos/metabólicos [por ejemplo, diabetes/tiroides] | Yes/Sí | No/No | Yes/Sí | No/No | |
| | | | | | |



| | | | | |
|--|----------------|---------------|----------------|---------------|
| GYN problems/ <i>Problemas ginecológicos</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Abnormal pap smears/ <i>Prueba de Papanicolaou anormal</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Fibroids/ <i>Fibromas</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Abnormal uterine bleeding/ <i>Sangrado anormal del útero</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Incompetent cervix/ <i>Incompetencia del cuello del útero</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Other/ <i>Otros</i> : _____ | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Infertility/recurrent miscarriage/ <i>Infertilidad o abortos espontáneos recurrentes</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> |
| STD's, HPV, Group B Strep, Herpes/ <i>Enfermedades transmitidas sexualmente, Virus del Papiloma Humano, Estreptococo Grupo B, Herpes</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Phlebitis/varicosities [i.e. varicose veins, blood clots]/ <i>Flebitis/várices [por ejemplo, venas varicosas, coágulos sanguíneos]</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> |
| Neurological [i.e. seizures]/ <i>Problemas neurológicos [por ejemplo, convulsiones]</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | | |
| Psychiatric [i.e. depression]/ <i>Problemas psiquiátricos [por ejemplo, depresión]</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> |
| Immunologic/infectious disease | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> |



| | | | | |
|---|----------------|---------------|----------------|---------------|
| [i.e. Lupus or HIV]/ Enfermedades inmunológicas/infecciosas [por ejemplo, lupus o VIH] | | | | |
| Have you had chicken pox or the vaccine? Varicella in el pasado | Yes/ Sí | No/ No | | |
| Do you work around children or babies? Trabaja con los niños o los bebés? | Yes/ Sí | No/ No | | |
| Operations/ accidents/ Operaciones/accidentes | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No |
| Hematologic [i.e. Anemia]/ Problemas hematológicos [por ejemplo, anemia] | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No |
| Other hospitalizations/ Otras hospitalizaciones: _____ | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No |
| History of sexual or physical abuse / trauma/ Antecedentes de abuso/trauma sexual o físico | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No |



| Genetics: Mother & Father and Your Families History/ <i>Historia Genética: Historia de la madre, el padre y los familiares de ambos</i> | Patient/ <i>Paciente</i> | | Family/ <i>Familiares</i> | | Unsure/ <i>No está segura</i> |
|--|---------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|---|
| Patient age >34 at delivery/ <i>Paciente mayor de 34 años al momento del parto</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | --- | --- | |
| Thalessemia; MCV < 80/ <i>Talasemia; volumen corpuscular medio < 80</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Neural Tube Defect/ <i>Defecto del tubo neural</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Congenital Heart Defect/ <i>Defecto cardiaco congénito</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Down Syndrome/ <i>Síndrome de Down</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Jewish, Cajun, French Canadian [tay sachs]/ <i>De ascendencia judía, cajún o francocanadiense [Enfermedad de Tay Sach]</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Jewish: Canavan Disease, Gauchers/ <i>De ascendencia judía: enfermedad de Canavan, enfermedad de Gaucher</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Sickle Cell Disease [African American or Caribbean]/ <i>Anemia drepanocítica [de ascendencia afroamericana o del caribe]</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Hemophilia or other blood disorders/ <i>Hemofilia u otros trastornos de la sangre</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Muscular Dystrophy/ <i>Distrofia muscular</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Cystic Fibrosis/ <i>Fibrosis cística</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |
| Huntington's Chorea/ <i>Corea de Huntington</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | Yes/ <i>Sí</i> | No/ <i>No</i> | |



Vanderbilt Center for Women's Health

| | | | | | |
|--|----------------|---------------|----------------|---------------|--|
| Mental Retardation / Autism [if yes was it fragile x? _____]/ Retraso mental/autismo [si afirmativo, ¿es de cromosoma X frágil? _____] | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Other inherited or chromosomal disorder/ Otro trastorno hereditario o Cromosómico | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Other structural birth defect/ Otro defecto estructural de nacimiento | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Maternal metabol/endocrine disorders [diabetes, PKU]/ Trastornos metabólicos/endocrinológicos maternos [diabetes, fenilcetonuria] | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Patient or baby's father had a birth defect not listed above/ La paciente o el padre del bebé tuvieron un defecto de nacimiento no mencionado anteriormente: _____ | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Recurrent pregnancy loss [>2] and/or stillbirth/ aborto espontáneo recurrente [más de 2] o feto muerto | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Tobacco, Alcohol, Drugs/ Tabaco, alcohol, drogas | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |
| Any other/ Cualquier otro: _____ | Yes/ Sí | No/ No | Yes/ Sí | No/ No | |

Vanderbilt Center for Women's Health – phone/teléfono 615-343-5700 / fax 615-343-6724

Vanderbilt One Hundred Oaks – 719 Thompson Lane, Suite 27100, Nashville TN 37204

Vanderbilt Cool Springs – 2009 Mallory Lane, Suite 230, Franklin TN 37067

Vanderbilt Gateway – 647 Dunlop Lane, Suite 206, Clarkesville, TN 37040