



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