

FAVOR COMPLETAR POR LA SOLICITANTE DE LA COBERTURA

1 de 2

**I. Datos** del paciente

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Estatura:

Peso:

Tipo sanguíneo:

D D / M M / A A A A

Metros

Pies

Kilos

Libras

Rh

¿Fumadora?:

Cigarrillos por día:

¿Desde cuándo?:

¿Hasta cuándo?:

Sí

No

A A A A

A A A A

**II. Antecedentes** obstétricos

Qué cantidad ha tenido de:

Embarazos:

Partos naturales:

Cesáreas:

Abortos:

Partos prematuros:

Partos complicados:

Hijos con complicaciones perinatales o enfermos:

Hijos con enfermedades congénitas:

Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

**III. Antecedentes** médicos personales

Ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones o enfermedades:

1 Enfermedades congénitas o hereditarias

Sí No

2 Diabetes, cáncer, desórdenes hematológicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad endocrina o renal

Sí No

3 Legrados, cirugías o biopsias de útero, ovarios, trompas, mamas o vagina

Sí No

4 Tumores del aparato ginecológico. Papanicolaou o mamografía anormal

Sí No

5 Infertilidad, trastornos menstruales o endometriosis

Sí No

6 Embarazos múltiples, eclampsia/preeclampsia, placenta previa, embarazos ectópicos o incompatibilidad de tipo sanguíneo

Sí No

7 Complicaciones del parto o el embarazo. Enfermedades que no han sido mencionadas anteriormente

Sí No

Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa (fechas, diagnósticos, tratamientos, nombre e información de contacto del médico):

**IV. Antecedentes** médicos familiares

Existen en su familia antecedentes de:

Enfermedades congénitas	Sí	No	Enfermedades hereditarias	Sí	No	Diabetes tipo I	Sí	No
Cardiopatías	Sí	No	Embarazos múltiples o complicados	Sí	No	Antecedentes de partos con complicaciones	Sí	No

Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

**V. Información** del médico tratante

Apellidos:

Nombres:

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono de la oficina:

Teléfono celular:

Firma y sello del profesional:

Fecha: