

Cuestionario de Historia Familiar Genética e Historia del Embarazo

Fecha de la cita: _____

Sección 1. Información de la paciente:

 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono (casa): _____ Teléfono (trabajo): _____ Celular: _____
 Clínica o médico remitente: _____ Teléfono de su médico o clínica remitente: _____

Sección 2. Información de su pareja (si la paciente está embarazada, entonces "pareja" se refiere al padre del bebé)

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Las siguientes preguntas ayudarán a su consejero en genética a evaluar la salud de su futuro bebé y así determinar si es conveniente considerar ciertas pruebas adicionales durante su embarazo. Si tiene alguna duda con respecto a la historia de su familia, por favor consulte con sus familiares.

Sección 3. ¿Usted o su pareja pertenecen a alguno de estos grupos étnicos o razas?

(Marque el cuadro y también circule las opciones apropiadas)

	Paciente	Pareja
china, india asiática, taiwanesa, filipina, pakistana, o del sureste de Asia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
italiana, griega, del Medio Oriente, española o portuguesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
judía, canadiense de descendencia francesa o cajún	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afroamericana, de descendencia africana, puertorriqueña, caribeña, negra o centroamericana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hispana o mexicana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caucásica (raza blanca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
japonesa o coreana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra/o (Especificar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 4. ¿Ha padecido usted, su pareja o algún otro familiar de las siguientes condiciones?:

	Sí	No		Sí	No
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad poliquística de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro problema cromosómico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Huntington	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso mental o autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto congénito del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espina bífida (columna vertebral abierta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Labio leporino/paladar abierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anencefalia (cráneo abierto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera/sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre, como hemofilia o anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o enfermedad tromboembólica antes de los 50 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrofia muscular u otra enfermedad neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier defecto de nacimiento no mencionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otra condición hereditaria (genética) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurofibromatosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otra condición médica seria o cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los huesos (como enanismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Son usted o su pareja adoptados?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son usted y su pareja parientes consanguíneos?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja se han tratado con un especialista debido a infertilidad? Por favor indique la causa de la infertilidad si la sabe:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja se han realizado pruebas para detectar si son portadores de fibrosis quística?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja se han realizado pruebas para detectar si son portadores de algún otro desorden genético?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja se han realizado estudios cromosómicos de sangre?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted y/o su pareja (o con otras parejas) han tenido pérdida de embarazos, bebé que murió al nacer o en el primer año de vida? Si contesto sí, ¿cuántas veces? _____ ¿Cuántas semanas/meses tenía de embarazo? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún embarazo con retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)?					
¿Ha tenido un bebé que nació muy pequeño para su tiempo de embarazo, o tuvieron que inducir su parto porque el bebé era muy pequeño?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 5. Por favor complete la siguiente información:

	Sí	No	Desde que esta embarazada:	Sí	No
¿Está usted embarazada? Si está, fecha del parto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha utilizado medicinas? Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fue este embarazo logrado por fertilización in Vitro (IVF)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En este embarazo, ha utilizado o está considerando usar:			¿Fumado cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óvulos donados (edad del donante _____) o espermia donada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usado drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico Genético de Preimplantación (PGD) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tenido salpullidos, enfermedades contagiosas o fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyección de espermia intracitoplasmico (ICSI) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha estado expuesta a radiografías (no dentales)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece usted de diabetes, fenilcetonuria (PKU) o lupus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Se ha hecho alguno de las siguientes pruebas: Pruebas del suero materno: prueba de alfafetoproteína, evaluación de marcadores múltiples: evaluación triple (AFP3), evaluación cuádruple (AFP4), evaluación del primer trimestre, evaluación combinada o evaluación integrada?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

He contestado estas preguntas de la mejor forma posible

Firma de la paciente _____

Fecha _____

SÓLO PARA USO OFICIAL

Reviewed by: _____

Date: _____