

HOJA DE INFORMACIÓN DE ORIENTACIÓN GENÉTICA

Complete la siguiente información de usted, de su familia y del padre del bebé y su familia. Intente responder todas las preguntas de manera completa y precisa. Si necesita más espacio, escriba en la parte de atrás de la página.

Información de la paciente

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido de soltera
Raza	Religión	Fecha de nacimiento	Ocupación
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Estado civil: (encierre una opción en un círculo) Soltera Casada Divorciada Separada			

Historia médica actualizada de la paciente

¿Cuándo fue su último período menstrual? _____

¿Cuál es su fecha de parto? _____

¿Se ha hecho un ultrasonido durante este embarazo? Sí ___ No ___

¿Ha tenido fiebre durante este embarazo? Sí ___ No ___

¿Ha tenido diabetes antes o durante este embarazo? Sí ___ No ___

¿Ha consumido alcohol durante este embarazo? Sí ___ No ___

¿Fuma? Sí ___ No ___ Si la respuesta es sí, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

¿Ha tomado algún medicamento durante este embarazo? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, haga una lista. _____

¿Ha tenido alguna complicación con este embarazo? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, explique. _____

¿Ha tenido algún aborto involuntario? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, mencione las fechas. _____

Cuando estén listos los resultados de los estudios de cromosomas, ¿quiere saber el sexo del feto? Sí ___ No ___

Información del médico que hace la remisión

Nombre completo del médico Dirección _____

Teléfono _____ Estado _____ Código postal _____

HISTORIA FAMILIAR DE LA PACIENTE

Haga una lista de todos sus hijos en orden de nacimiento; indique si es hijo o hijastro

NOMBRE COMPLETO EDAD CONDICIÓN MÉDICA HIJO/HIJASTRO

¿Está su madre viva? Sí ___ No ___ ¿Cuál es su edad actual/edad al morir? _____

¿Cuántos hermanos/hermanas tuvo su madre? Hermanos _____ Hermanas _____

¿Está su padre vivo? Sí ___ No ___ ¿Cuál es su edad actual/edad al morir? _____

¿Cuántos hermanos/hermanas tuvo su padre? Hermanos _____ Hermanas _____

Haga una lista de los hermanos y hermanas en orden de nacimiento: indique si es hermano, hermana, medio hermano o media hermana.

NOMBRE COMPLETO EDAD CONDICIÓN MÉDICA HERMANO/HERMANA
MEDIO HERMANO/HERMANA

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE DEL BEBÉ

Apellido _____ Nombre _____ Edad _____ Religión _____

Raza _____ Ocupación _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

¿Está viva su madre? Sí ___ No ___ ¿Cuál es su edad actual/edad al morir? _____

¿Cuántos hermanos/hermanas tuvo su madre? Hermanos _____ Hermanas _____

¿Está vivo su padre? Sí ___ No ___ ¿Cuál es su edad actual/edad al morir? _____

¿Cuántos hermanos/hermanas tuvo su padre? Hermanos _____ Hermanas _____

Haga una lista de los hermanos y hermanas en orden de nacimiento: indique si es hermano, hermana, medio hermano o media hermana.

NOMBRE COMPLETO EDAD CONDICIÓN MÉDICA HERMANO/HERMANA
MEDIO HERMANO/HERMANA

EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE

(ESTAS PREGUNTAS LAS DEBE RESPONDER LA PACIENTE SOLAMENTE)

NOMBRE

N.º de Seguro Social

Fecha

¿Será mayor de 35 años cuando el bebé nazca? Sí ___ No ___

¿Alguna vez usted, el padre del bebé o alguna persona en cualquiera de sus familias ha tenido alguno de estos trastornos?

Síndrome de Down (mongolismo) Sí ___ No ___

Otra anormalidad cromosómica Sí ___ No ___

Defecto de tubo neural, es decir, espina bífida (meningomielocelo o espina abierta), anencefalia Sí ___ No ___

Hemofilia Sí ___ No ___

Distrofia muscular Sí ___ No ___

Fibrosis quística Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique la relación de la persona afectada con usted o con el padre del bebé:

¿Tiene usted o el padre del bebé algún defecto de nacimiento? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, ¿quién tiene el defecto y qué es? _____

En un matrimonio anterior, ¿usted o el padre del bebé tuvo un hijo con un defecto de nacimiento que no se menciona en la pregunta de arriba? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el defecto y quién lo tiene?

¿Tiene usted o el padre del bebé parientes cercanos con retraso mental? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique la relación de la persona afectada con usted o con el padre del bebé. Indique la causa, si la conoce: _____

¿Usted, el padre del bebé o un familiar cercano en cualquiera de sus familias tiene un defecto de nacimiento, un trastorno familiar o una anomalía cromosómica que no se menciona arriba?

Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique la condición y la relación de la persona afectada con usted o con el padre del bebé.

En un matrimonio anterior, ¿tuvo usted o el padre del bebé un niño que nació muerto o tres o más pérdidas de embarazo de primer trimestre? Sí ___ No ___

Si usted o el padre del bebé son de ascendencia judía, ¿le han hecho pruebas para detectar la enfermedad de Tay-Sachs? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique a quién y los resultados. _____

Si usted o el padre del bebé es de raza negra, ¿le han hecho pruebas para detectar la condición de rasgo de células falciformes? Sí ___ No ___

Si usted o el padre del bebé son de origen italiano, griego o del Mediterráneo, ¿le han hecho pruebas de detección de la talasemia beta? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique a quién y los resultados. _____

Si usted o el padre del bebé son de ascendencia de Filipinas o del sudeste de Asia, ¿le han hecho pruebas de detección de la talasemia alfa? Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique a quién y los resultados. _____

Excluyendo el hierro y las vitaminas, ¿ha tomado algún medicamento o drogas recreativas, ya estando embarazada o desde su último período menstrual? (incluya los medicamentos sin receta)

Sí ___ No ___

Si la respuesta es sí, indique el nombre del medicamento y el tiempo que lo ha tomado durante el embarazo.
