

**Southeast Perinatal Associates
Maternal - Fetal Medicine
Health Information Form**

Name: _____ DOB: _____ Age: _____ Today's Date: _____

Referred by: _____ Reason for Visit: _____

First day of last menstrual period: _____ Estimated due date: _____

Pregnancy History (including miscarriages, stillbirths, ectopics and terminations)							
Year	Weeks pregnant at delivery	Birth Weight	Boy / Girl	Vaginal Delivery	Cesarean Section	Reason for C-Section	ALLERGIES TO MEDICATIONS
							Complications

Family and genetic history: _____ **Ethnic background (for example, Irish, Italian, African American, etc.):** _____
 Describe your ethnic background: _____ Baby's father's ethnic background: _____

Check all that apply to you:
 You will be 35 or older when the baby is born Exposed to medication during pregnancy
 Baby's father will be 50 or older Exposure to X-Ray during pregnancy

Do you, the baby's father or any other family member have any of the following:

Mental retardation	Yes	No	Mediterranean anemia	Yes	No	Neural tube defect	Yes	No
Down syndrome	Yes	No	Sickle cell disease	Yes	No	Heart defect	Yes	No
Fragile X	Yes	No	Cystic fibrosis	Yes	No	Birth defect	Yes	No
Tay sachs	Yes	No	Muscular dystrophy	Yes	No	Other:		

Gynecological History - Have you had any of the following?

Infertility	Yes	No	Fibroids	Yes	No
Conceived by IVF or assisted reproduction?	Yes	No	Abnormal uterus	Yes	No
Previous cervical surgery	Yes	No	Abnormal pap smear	Yes	No
Incompetent cervix	Yes	No	History of any sexually transmitted disease	Yes	No

Medical History - Have you had any of the following:

High blood pressure	Yes	No	Seizures/epilepsy	Yes	No	Anemia/blood transfusions	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Hepatitis	Yes	No	Kidney infections	Yes	No
Asthma	Yes	No	Ulcers	Yes	No	Arthritis / joint pain	Yes	No
Heart trouble / murmur	Yes	No	Thyroid disease	Yes	No	HIV	Yes	No
Rheumatic fever	Yes	No	Cancer	Yes	No	Lupus	Yes	No
Depression	Yes	No	Migraines	Yes	No	Other:		

List of current medication(s): _____

Surgical History: _____

Social History:

Smoking Yes No Number smoked per day: _____

Alcohol Yes No Number consumed per day: _____

Drug use Yes No Type of drug(s): _____

Seat belt use Yes No

Regular exercise Yes No

Please check if any of the following apply to you now or in the past: None of the below problems apply

<input type="checkbox"/> Severe fatigue	<input type="checkbox"/> Mouth sores	<input type="checkbox"/> Abnormal thirst	<input type="checkbox"/> Numbness
<input type="checkbox"/> Double vision	<input type="checkbox"/> Dental problems	<input type="checkbox"/> Bloody stool	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Spots before eyes	<input type="checkbox"/> Chest pain	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Anxiety
<input type="checkbox"/> Vision changes	<input type="checkbox"/> Swelling of legs	<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Blood in urine
<input type="checkbox"/> Ear aches	<input type="checkbox"/> Palpitations	<input type="checkbox"/> Nausea / vomiting	<input type="checkbox"/> Urgency
<input type="checkbox"/> Ringing in ears	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Sinus problems
<input type="checkbox"/> Shortness of breath	<input type="checkbox"/> Seizures		

Completed by: Patient Office Staff Physician

Signature of patient: _____

Physician signature: _____ **Date reviewed with patient:** _____

**Southeast Perinatal Associates
Maternal - Fetal Medicine
Health Information Form**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Age: _____ Today's Date: _____

Referida por Dr.: _____ Razon para la visita: _____

1er dia de la ultima menstruacion: _____ Fecha para tener el bebe: _____

Historia de sus embarazos: (abortos, perdidas, ectopicos, terminaciones, etc.)

Año	Semanas al paria	Peso del bebe	Niño o Niña	Parto vaginal?	Parto por cesarean?	Razon para cesarean?	ALLERGIAS A MEDICAMENTOS
							Complicaciones?

Historial familiar genetico: _____ **Origen etnico (Italiano, Africano-American, Hispano, etc.):** _____
 Describa su origen etnico: _____ Origen etnico del padre del bebe: _____

Selecciones los que la aplican a usted:
 Usted tendra 35 o mas años al nacer el bebe Expuesta a medicamentos durante el embarazo
 El padre del bebe tiene 50 o mas años de edad Expuesta a rayos X durante el embarazo

Usted o el padre del bebe tienen alguna de las siguientes condiciones?:

Retardacion mental	Si	No	Anemia del Mediterraneo	Si	No	Espina bifida o anencefalia	Si	No
Sindrome Down	Si	No	Sickle cell disease	Si	No	Defecto cardiaco congenito	Si	No
Fragile X	Si	No	Fibrosis quistica	Si	No	Anomalias congenitas	Si	No
Tay sachs	Si	No	Distrofia muscular	Si	No	Otros:		

Historial Gynecologico: Ha tenido alguna de las siguientes?

Infertilidad	Si	No	Fibromas en la matriz	Si	No
Embarazo por IVF	Si	No	Utero anormal	Si	No
Cirugia en el cervix uterino	Si	No	Citologia o Pap anormal	Si	No
Cuello incompetente	Si	No	Enfermedades venereas	Si	No

Historial Medico - Ha tenido alguna de las siguientes?:

Hypertension	Si	No	Epilepsia o convulsiones	Si	No	Anemia o tranfusiones	Si	No
Diabetes	Si	No	Hepatitis	Si	No	Infecciones del riñon	Si	No
Asma	Si	No	Ulceras	Si	No	Artritis	Si	No
Problemas del corazon	Si	No	Enfermedad de la tiroides	Si	No	HIV o SIDA	Si	No
Fiebre ruemalica	Si	No	Cancer	Si	No	Lupus	Si	No
Depresion	Si	No	Migrañas	Si	No	Otros:		

Medicinas que toma al momento: _____

Cirugias que halla tenido: _____

Historial Social:

Fuma Si No Numero de cigarillos al dia: _____

Usa alcohol Si No Cuantos tragos al dia: _____

Usa drogas Si No Tipo de drogas: _____

Usa cinturon Si No

Ejercicio regular Si No

Indique si he tenido alguno de los siguientes: **No he tenido ninguno**

<input type="checkbox"/> Cansancio o fatiga	<input type="checkbox"/> Ulceras en la boca	<input type="checkbox"/> Sed pronunciada	<input type="checkbox"/> Adormecimiento
<input type="checkbox"/> Vision doble	<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Sangre en la exereta	<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/> Manchas delante de los ojos	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Cambio en la vista	<input type="checkbox"/> Retencion de liquido	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Sangre
<input type="checkbox"/> Dolor de oido	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Nausea o vomitos	<input type="checkbox"/> Urgencia al orinar
<input type="checkbox"/> Ruido en los oidos	<input type="checkbox"/> Pitido al respirar	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales	<input type="checkbox"/> Corta de respiracion		

Completado por: **Paciente** **Personal de la oficina** **Medico**

Firma del paciente: _____

Firma del medico: _____ **Fecha en que se reviso por el medico:** _____