



## OB PATIENT HISTORY *HISTORIA DEL PACIENTE OB*

Name *Nombre:* \_\_\_\_\_ Date *Fecha:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DOB *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age *Edad:* \_\_\_\_\_

Do you have any questions or concerns today? *¿Tiene alguna pregunta o preocupación hoy?* \_\_\_\_\_

Current medication list *Lista de medicamentos actuales:* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Allergies *Alergias:* \_\_\_\_\_ Reactions *Reacciones:* \_\_\_\_\_

Preferred pharmacy *Farmacia de preferencia:* \_\_\_\_\_

What did you weigh before you found out you were pregnant? (best guess if you don't know) *¿Cuánto pesaba antes de que supo que está embarazada (su mejor suposición si no sabe)?* \_\_\_\_\_

### ESTABLISHING DATES *FECHAS IMPORTANTES*

1st day of last period *Primer día del último periodo:* \_\_\_\_\_

Is this date... *Esta fecha es...* Definite *Precisa* \_\_\_\_\_ Approximate *Aproximada* \_\_\_\_\_ Unsure *No segura* \_\_\_\_\_

Please indicate the answer that best describes last menstrual cycle. *Favor de indicar la respuesta que mejor describa tu último ciclo menstrual:*

\_\_\_ heavy *pesado* \_\_\_ moderate *moderado* \_\_\_ spotty *irregular*

Duration of your period was... *La duración de su período era...*

\_\_\_ 1-2 days/días \_\_\_ 3-4 days/días \_\_\_ 5-7 days/días Other *Otro:* \_\_\_\_\_

Current contraception *Anticonceptivo actual:* \_\_\_ Birth control pills *Píldora anticonceptiva* \_\_\_ Condoms *Condomes*

\_\_\_ Depo shot *Inyección de depo-provera* \_\_\_ None *Ninguno* \_\_\_ Other *Otro*

Were you using any birth control in the last 3 months? *¿Usaba algún anticonceptivo en los últimos 3 meses?* \_\_\_\_\_

Date of last Pap smear *Fecha del último papanicolaou:* \_\_\_\_\_

Last Pap smear was *Último papanicolaou fue:* \_\_\_ Normal \_\_\_ Abnormal

Last mammogram was *Última mamografía fue:* \_\_\_ Normal \_\_\_ Abnormal

Have you ever had an abnormal Pap smear? *¿Ha tenido alguna vez un papanicolaou anormal?* Yes / No

**Do you have a history of any of the following? *¿Tiene una historia de una(s) de las siguientes?***

\_\_\_ Breast lumps *Bultos en el pecho*

\_\_\_ Fibroids of uterus *Fibromas del utero*

\_\_\_ Ovarian cysts *Quistes ováricos*

\_\_\_ Menopausal symptoms *Síntomas menopáusicos*

\_\_\_ Vaginal infections *Infecciones vaginales*

\_\_\_ Sexual abuse *Abuso sexual*

\_\_\_ STDs *ETS*

\_\_\_ Unable to control bladder *No poder controlar la vejiga*

\_\_\_ Unprotected sex *Sexo no protegido*

\_\_\_ Urinary tract infections *Infecciones urinarias*

Have you had a positive pregnancy test? *¿Tuvo una prueba de embarazo positiva?* \_\_\_\_\_

Where? *¿Dónde?* \_\_\_\_\_ When? *¿Cuándo?* \_\_\_\_\_

Have you had medical care anywhere during this pregnancy? *¿Ha tenido cuidado médico en otro lugar durante este embarazo?* \_\_\_\_\_

Where? *¿Dónde?* \_\_\_\_\_ When? *¿Cuándo?* \_\_\_\_\_

Why? *¿Por qué?* \_\_\_\_\_

How do you feel about being pregnant? *¿Cómo se siente al estar embarazada?* \_\_\_\_\_

How does the baby's father feel? *¿Cómo se siente el papá del bebe?* \_\_\_\_\_

Do you expect the baby's father to stay involved after the pregnancy? *¿Espera que el padre del bebé quede involucrado después del embarazo?* \_\_\_\_\_

## **PREGNANCY HISTORY *HISTORIA DE EMBARAZO***

Please indicate the number of the following. *Favor de indicar el número de las siguientes:*

\_\_\_ Total pregnancies *Embarazos en total*

\_\_\_ Abortions *Abortos*

\_\_\_ Full term births *Partos a término*

\_\_\_ Miscarriages *Abortos espontáneos*

\_\_\_ Premature births *Partos prematuros*

\_\_\_ Tubal pregnancies *Embarazos falopianos*

\_\_\_ Multiple births *Partos multiples*

\_\_\_ Living children *Hijos vivientes*

## **Details of Pregnancy *Detalles de embarazo***

### **First Child *Primer hijo:***

Date of delivery *Fecha del parto:* \_\_\_\_\_ Female *Hembra* / Male *Varón*

How many weeks were you at delivery? *¿A cuántas semanas de embarazo nació el bebe?* \_\_\_\_\_

Time in labor *Tiempo en trabajo de parto:* \_\_\_\_\_

Delivery type *Tipo de parto:*

\_\_\_ Spontaneous vaginal (delivered on your own) *Vaginal espontáneo (parir sola)*

Operative vaginal (doctor used forceps or vaccum device) *Vaginal operativo (el médico usó fórceps o aparato de aspiradora)*

C-section *Cesárea*

VBAC (vaginal birth after c-section with last baby) *PVDC (parto vaginal después de cesárea)*

Newborn's weight *Peso del recién nacido:* \_\_\_\_\_

Yes / No      Shoulder Dystocia (after delivery of head, shoulder cannot pass) *Distocia del hombro (después del parto de la cabeza del bebe, el hombro no puede atravesar)*

Yes / No      Episiotomy (cut or tear during delivery complications) *Episiotomía (corte o rasadura durante complicaciones del parto):*

Anesthesia *Anestesia:*  Epidural       General       Spinal *Espinal*       Natural

Pudendal block *Bloqueo pudendo*       None *Ninguna*

Were there any complications with this pregnancy, like diabetes or pre-eclampsia? If so, what problems? *¿Habían complicaciones con este embarazo, como diabetes o pre-eclampsia? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

Did you have any postpartum depression (or other postpartum complications)? If so, what problems? *¿Tuvo depresión posparto (u otras complicaciones posparto)? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

## **Second Child *Segundo hijo:***

Date of delivery *Fecha del parto:* \_\_\_\_\_      Female *Hembra* / Male *Varón*

How many weeks were you at delivery? *¿A cuántas semanas de embarazo nació el bebe?* \_\_\_\_\_

Time in labor *Tiempo en trabajo de parto:* \_\_\_\_\_

Delivery type *Tipo de parto:*

Spontaneous vaginal (delivered on your own) *Vaginal espontáneo (parir sola)*

Operative vaginal (doctor used forceps or vaccum device) *Vaginal operativo (el médico usó fórceps o aparato de aspiradora)*

C-section *Cesárea*

VBAC (vaginal birth after c-section with last baby) *PVDC (parto vaginal después de cesárea)*

Newborn's weight *Peso del recién nacido:* \_\_\_\_\_

Yes / No      Shoulder Dystocia (after delivery of head, shoulder cannot pass) *Distocia del hombro (después del parto de la cabeza del bebe, el hombro no puede atravesar)*

Yes / No      Episiotomy (cut or tear during delivery complications) *Episiotomía (corte o rasadura durante complicaciones del parto):*

Anesthesia *Anestesia:*  Epidural       General       Spinal *Espinal*       Natural

Pudendal block *Bloqueo pudendo*       None *Ninguna*

Were there any complications with this pregnancy, like diabetes or pre-eclampsia? If so, what problems? *¿Habían complicaciones con este embarazo, como diabetes o pre-eclampsia? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

Did you have any postpartum depression (or other postpartum complications)? If so, what problems? *¿Tuvo depresión posparto (u otras complicaciones posparto)? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

### **Third Child *Tercer hijo:***

Date of delivery *Fecha del parto:* \_\_\_\_\_ Female *Hembra* / Male *Varón*

How many weeks were you at delivery? *¿A cuántas semanas de embarazo nació el bebe?* \_\_\_\_\_

Time in labor *Tiempo en trabajo de parto:* \_\_\_\_\_

Delivery type *Tipo de parto:*

\_\_\_ Spontaneous vaginal (delivered on your own) *Vaginal espontáneo (parir sola)*

\_\_\_ Operative vaginal (doctor used forceps or vaccum device) *Vaginal operativo (el médico usó fórceps o aparato de aspiradora)*

\_\_\_ C-section *Cesárea*

\_\_\_ VBAC (vaginal birth after c-section with last baby) *PVDC (parto vaginal después de cesárea)*

Newborn's weight *Peso del recién nacido:* \_\_\_\_\_

Yes / No      Shoulder Dystocia (after delivery of head, shoulder cannot pass) *Distocia del hombro (después del parto de la cabeza del bebe, el hombro no puede atravesar)*

Yes / No      Episiotomy (cut or tear during delivery complications) *Episiotomía (corte o rasgadura durante complicaciones del parto):*

Anesthesia *Anestesia:* \_\_\_ Epidural      \_\_\_ General      \_\_\_ Spinal *Espinal*      \_\_\_ Natural

\_\_\_ Pudendal block *Bloqueo pudendo*      \_\_\_ None *Ninguna*

Were there any complications with this pregnancy, like diabetes or pre-eclampsia? If so, what problems? *¿Habían complicaciones con este embarazo, como diabetes o pre-eclampsia? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

Did you have any postpartum depression (or other postpartum complications)? If so, what problems? *¿Tuvo depresión posparto (u otras complicaciones posparto)? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

### **Fourth Child *Cuarto hijo:***

Date of delivery *Fecha del parto:* \_\_\_\_\_ Female *Hembra* / Male *Varón*

How many weeks were you at delivery? *¿A cuántas semanas de embarazo nació el bebe?* \_\_\_\_\_

Time in labor *Tiempo en trabajo de parto:* \_\_\_\_\_

Delivery type *Tipo de parto:*

Spontaneous vaginal (delivered on your own) *Vaginal espontáneo (parir sola)*

Operative vaginal (doctor used forceps or vaccum device) *Vaginal operativo (el médico usó fórceps o aparato de aspiradora)*

C-section *Cesárea*

VBAC (vaginal birth after c-section with last baby) *PVDC (parto vaginal después de cesárea)*

Newborn's weight *Peso del recién nacido:* \_\_\_\_\_

Yes / No      Shoulder Dystocia (after delivery of head, shoulder cannot pass) *Distocia del hombro (después del parto de la cabeza del bebe, el hombro no puede atravesar)*

Yes / No      Episiotomy (cut or tear during delivery complications) *Episiotomía (corte o rasadura durante complicaciones del parto):*

Anesthesia *Anestesia:*  Epidural       General       Spinal *Espinal*       Natural

Pudental block *Bloqueo pudendo*       None *Ninguna*

Were there any complications with this pregnancy, like diabetes or pre-eclampsia? If so, what problems? *¿Habían complicaciones con este embarazo, como diabetes o pre-eclampsia? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

Did you have any postpartum depression (or other postpartum complications)? If so, what problems? *¿Tuvo depresión posparto (u otras complicaciones posparto)? Si sí, ¿cuáles problemas?* \_\_\_\_\_

Additional Notes *Notas adicionales:* \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY *HISTORIA MÉDICA*

Have you had any of the following? *¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas?*

Condition	Yes	No	Details <i>Detalles</i>	Condition	Yes	No	Details <i>Detalles</i>
Asthma <i>Asma</i>				Heart disease <i>Cardiopatía</i>			
Atrial fibrillation <i>Fibrilación atrial</i>				High blood pressure <i>Presión alta</i>			
Autoimmune problems (lupus, rheumatoid arthritis) <i>Problemas autoinmunes (lupus, artritis reumatoide)</i>				High cholesterol <i>Colesterol alto</i>			

Varicose veins or blood clots in legs or lungs <i>Venas varicosas o coágulos en las piernas o pulmones</i>				Injuries from trauma or violence <i>Heridas de trauma o violencia</i>			
Breast cancer <i>Cáncer de mama</i>				Kidney disease <i>Enfermedad del riñón</i>			
Cancer, other <i>Cáncer, otro</i>				Liver disease <i>Enfermedad de hígado</i>			
Depression (postpartum or other) <i>Depresión (posparto u otro)</i>				Mitral valve prolapse <i>Prolapso de válvula mitral</i>			
Diabetes, insulin dependent <i>Diabetes, insulino dependiente</i>				Psychiatric disorder <i>Trastorno psiquiátrico</i>			
Diabetes, non-insulin dependent <i>Diabetes, no-insulino dependiente</i>				Stroke <i>Ataque cerebral</i>			
Heart attack <i>Ataque al corazón</i>				Thyroid disorder <i>Trastorno tiroidal</i>			

### **Surgeries/Hospitalizations *Cirugías/Hospitalizaciones***

<b>Procedure</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Details <i>Detalles</i></b>	<b>Procedure</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Details <i>Detalles</i></b>
Abdominal surgeries <i>Cirugía abdominal</i>				Hernia repair <i>Reparación de hernia</i>			
Appendectomy <i>Apendicectomía</i>				Mastectomy <i>Mastectomía</i>			
Breast biopsy <i>Biopsia del pecho</i>				Thyroidectomy <i>Tiroidectomía</i>			
Cervical biopsy <i>Biopsia cervical</i>				Tubal ligation <i>Ligación falopiana</i>			
Cesarean section <i>Cesárea</i>				Tubal removal <i>Extracción falopía</i>			
D & C <i>Dilatación y legrado</i>				Other <i>Otro</i>			
Endometrial ablation <i>Ablación endometrial</i>							

## Emotional Problems *Problemas emocionales*

Condition	Yes	No	Details <i>Detalles</i>	Condition	Yes	No	Details <i>Detalles</i>
Anxiety <i>Ansiedad</i>				Mood changes <i>Cambios de humor</i>			
Bipolar disorder <i>Trastorno bipolar</i>				Stress <i>Estrés</i>			
Depression <i>Depresión</i>				Situational emotional problems <i>Problemas emocionales situacionales</i>			
Insomnia				Other <i>Otro</i>			

Please check any treatments you are currently taking. *Favor de marcar los tratamientos que está tomando actualmente.*

Chiropractic treatments *Tratamientos quiropracticos*

Herbal remedies *Remedios herbales*

Vitamin supplements *Suplementos vitamina*

Alternative medical treatments *Tratamientos médicos alternativos*

## INFECTION HISTORY *HISTORIA DE INFECCIÓN*

Please check past or present infections. *Favor de marcar las infecciones pasadas o presentes.*

Chickenpox *Varicela*

Chlamydia *Clamidia*

Hepatitis

Genital herpes *Herpes genital*

Measles *Sarampión*

Pneumonia

Gonorrhea *Gonorrea*

Rheumatic fever *Fiebre reumática*

Syphilis *Sifilis*

Herpes Zoster (Shingles) *(culebrilla)*

Herpes Simplex (fever blisters) *(ampollas de fiebre)*

## FAMILY HISTORY *HISTORIA FAMILIAR*

What major health problems run in your family? *¿Cuáles problemas mayores de salud corren en la familia?*

Mother *Madre*: \_\_\_\_\_

Father *Padre*: \_\_\_\_\_

Siblings *Hermanos*: \_\_\_\_\_

Paternal Grandparents *Abuelos paternos*: \_\_\_\_\_

Maternal Grandparents *Abuelos maternos*: \_\_\_\_\_

Other *Otro*: \_\_\_\_\_

(Examples: seizures, ADHD, asthma, cancer, vascular disease, blood clots, diabetes, hypertension, heart disease, birth or congenital defects, high cholesterol, etc. *Ejemplos: convulsiones, TDAH, asma, cáncer, enfermedad vascular, coágulos, diabetes, hipertensión, cardiopatía, malformación congénita, colesterol alto, etc.*)

## GENETIC HISTORY *HISTORIA GENÉTICA*

What is your ethnic group? *¿Cuál es su grupo étnico?* \_\_\_\_\_

Baby's father's ethnic group? *¿Grupo étnico del padre del bebé?* \_\_\_\_\_

**Is there anyone in your family or the baby's father's family with any of the following genetic problems, and who?**  
*¿Hay alguien en la familia o de la familia del padre del bebé con cualquiera de los siguientes problemas genéticos, y quien?*

<b>Condition</b>	<b>Mom's Family (You) <i>Familia de la madre (usted)</i></b>	<b>Dad's Family <i>Familia del padre</i></b>	<b>Condition</b>	<b>Mom's Family (You) <i>Familia de la madre (usted)</i></b>	<b>Dad's Family <i>Familia del padre</i></b>
Thalassemia (Italian, Greek, Mediterranean or Asian background) <i>Talasemia (origen italiano, griego, mediterráneo, o asiático)</i>			Tay-sachs (Ashkenazi Jewish, Cajun, French, Canadian) <i>Tay-sachs (judío asquenazi, cajun, frances, canadiano)</i>		
Down Syndrome (Mongoloidism) <i>Síndrome de Down</i>			Canavan disease/familial dysautonomia <i>Enfermedad canavan/disautonomía familiar (judío asquenazi)</i>		
Mental retardation of other types <i>Retraso mental de otro tipo</i>			Hemophilia (hard to stop bleeding) <i>Hemofilia (difícil de parar de sangrar)</i>		
Babies born with heart or kidney problems <i>Bebés que nacieron con problemas del corazón o riñón</i>			Other blood abnormalities <i>Otras anomalías de sangre</i>		
Spinal bifida or other neural tube defects <i>Espina bífida o otro defecto del tubo neural</i>			Frequent miscarriages/stillborn <i>Abortos espontáneos o mortinatos frecuentes</i>		
Cystic fibrosis (Caucasian most common)			Type 1 Diabetes <i>Diabetes tipo 1</i>		



<i>Fibrosis quística</i>					
Huntington's chorea <i>Corea de Huntington</i>			Child with birth defects <i>Hijo con malformaciones congénitas</i>		
Muscular dystrophy <i>Distrofia muscular</i>			Other genetic problems <i>Otros problemas congénitos</i>		
Sickle cell disease (African) <i>Enfermedad de célula falciforme (Africano)</i>					

## SOCIAL HISTORY *HISTORIA SOCIAL*

Marital status *Estado civil*: \_\_\_ single *soltera*      \_\_\_ married *casada*      \_\_\_ divorced *divorciada*

Occupation *Ocupación*: \_\_\_\_\_

Have you used any of these in the past 6 months? *¿Ha usado uno de estos en los últimos 6 meses?*

	Yes / No	How often? <i>¿Qué tan seguido?</i>	What type? <i>¿Qué tipo?</i>
Recreational Drugs <i>Drogas recreacionales</i> :	_____	_____	_____
Tobacco <i>Tabaco</i> :	_____	_____	_____
Alcohol:	_____	_____	_____

Baby's father's name *Nombre del padre del bebé*: \_\_\_\_\_

If you needed a blood transfusion, would you have any objections? *¿Si necesitara una transfusión de sangre, tendría objeciones?* Yes / No

Are you interested in permanent sterilization after this pregnancy? *¿Está interesada en una esterilización permanente después de este embarazo?* Yes / No

## EXERCISE HISTORY *HISTORIA DE EJERCICIO*

How often do you exercise? *¿Cuan tan seguido hace ejercicios?* \_\_\_\_\_ What type? *¿Qué tipo?* \_\_\_\_\_

## DIET HISTORY *HISTORIA DE DIETA*

Are you on a special diet? If so, what kind? *¿Está de dieta especial? Si sí, ¿qué tipo?* \_\_\_\_\_

How much caffeine do you drink everyday? *¿Cuánta cafeína tomas cada día?* \_\_\_\_\_

## SAFETY *SEGURIDAD*

Are there guns in your house? *¿Hay pistolas en su casa?* Yes / No

How many? *¿Cuántas?* \_\_\_\_\_ Where are they stored? *¿Dónde se guardan?* \_\_\_\_\_

Do you wear a seatbelt? *¿Usa cinturón de seguridad?* Yes / No

Do you use child car seats? *¿Usa silla infantil?* Yes / No

Are there smoke detectors in your house? *¿Hay detector(es) de humo en su casa?* Yes / No

Do you ever feel afraid of someone in your family or any of your friends? *¿A veces siente miedo de alguien en su familia o sus amigos?* Yes / No

Have you ever felt afraid that you or someone in your family might hurt your child? *¿A veces ha sentido miedo de que usted o alguien en su familia podría hacerle daño a su hijo?* Yes / No

Do you have any vision, hearing, or reading problems? *¿Tienes problemas de vista, oído o leer?* Yes / No

Do you have pets? *¿Tienes mascotas?* Yes / No      What type? *¿Cual tipo?* \_\_\_\_\_

## **PREFERENCES PREFERENCIAS**

Will we also take care of your baby after delivery? *¿Cuidaremos a su bebé después del parto también?* Yes / No

If not us, where will you take your baby? *¿Si no nosotros, adónde llevará a su bebe?* \_\_\_\_\_

Anticipated contraception after delivery *Anticonceptivo anticipado después del parto:* \_\_\_\_\_

Are you planning on going to prenatal classes? *¿Está planeando ir a unas clases prenatales?* Yes / No

Are you planning to breastfeed? *¿Está planeando dar el pecho?* Yes / No

Why or why not? *¿Por qué sí o por qué no?* \_\_\_\_\_

Do you want special testing for Down's syndrome or spinal deformities? *¿Quiere un examen especial para el síndrome de Down o malformaciones espinales?* Yes / No