

Fetal Questionnaire



1. How many weeks of pregnancy? _____
¿Cuántas semanas de embarazo tiene? _____
2. How many pregnancies have you had? _____ How many children living? _____
¿Cuántos embarazos a tenido? _____ ¿ Cuántos niños viven? _____
3. Any miscarriages, Yes or No?
¿A tenido abortos involuntarios, Si o No?
4. Have you had any abortions, Yes or No?
¿A tenido abortos, Si o No?
5. Do you know the gender, Yes or No? If yes, Male or Female?
¿Sabe el sexo de su bebe, sí o No? ¿Si su respuesta es si, Escoja Masculino o Femenino?
6. Last menstrual cycle? _____ What is your expected delivery date? _____
¿Último ciclo menstrual? _____ Cual es su fecha prevista de parto? _____
7. What hospital will you be giving birth at? _____
¿Cual es el hospital donde usted va dar a luz? _____
8. Who is your OB doctor? _____
¿ Quien es su obstetra/ doctor pre natal?? _____
9. Any history of heart disease in either side of the family, Yes or No? If yes who, and what kind? _____
¿Tiene Historial familiar de enfermedad cardíaca en ambos lados de la familia, sí o No? En caso afirmativo de parte de quien y de que tipo? _____
10. Are you having any problems during you preganacy, (ie Gestational Diabetes, Hypertension), Yes or No? If so, what? _____
¿Tiene usted algun problem durante el embarazo, por ejemplo la diabetes Gestacional, hipertension,Etc.), Si o No? _____ Si acaso Su respuesta es si, Cual? _____
11. Are you currently taking any medication, Yes or No? If yes, what _____

¿Esta tomando algun medicamento, Si o No? En caso afirmativo, que?

Name: _____
(Nombre)

Date: _____
(Fecha)