

# Cuestionario preconcepcional y prenatal sobre antecedentes familiares de salud



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Persona que contesta el cuestionario: \_\_\_\_\_

	Paciente	Pareja/cónyuge
Nombre		
Fecha de nacimiento		
Ocupación		
Estado civil (casado, divorciado, viudo, soltero)		
Último grado de estudios cursados		
Altura		
Peso		
Adoptado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

## Historial médico (Marque todo lo que corresponda)

	Ud.	Pareja	Explique los casilleros marcados e incluya año o edad
Operaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hospitalizaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedades importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas médicos crónicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas de comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

## Extracción étnica

¿De dónde provienen sus antepasados y los de su pareja antes de los Estados Unidos? (Marque todo lo que corresponda)

	Ud.	Pareja
Mediterráneo (ej. italiano, griego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caucásico europeo (ej. irlandés, inglés, alemán)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Africano o afroamericano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Judío askenazí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hispano (ej. puertorriqueño, dominicano, mexicano)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descendiente de franceses de Luisiana (cajun) o francés canadiense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudeste asiático (ej. laosiano, chino, vietnamita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indio o hindú (de la India)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medio Oriente (ej. libanés, iraní, egipcio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indio americano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Cuestionario preconcepcional y prenatal sobre antecedentes familiares de salud



Fecha del primer día de su último período menstrual \_\_\_\_\_  
 Su edad \_\_\_\_\_ Si está embarazada: edad en la fecha de parto \_\_\_\_\_ Edad de su pareja \_\_\_\_\_

**Indique lo siguiente:**

*(si está embarazada, incluya también todas las exposiciones desde su último período menstrual)*

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Toma medicamentos (recetados o de venta libre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma una multivitamina diaria o un suplemento de ácido fólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe alcohol (cerveza, vino, bebidas fuertes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuma cigarrillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consume drogas recreativas (cocaína, marihuana, heroína)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada vez que responda "sí", indique detalles a continuación como cantidades y fechas si lo sabe.

---



---

<b>Ha tenido:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Ha estado expuesta a:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Varicela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Radiación (rayos X)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quinta enfermedad (parvovirus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prod. químicos (ej. solventes orgánicos, mercurio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Citomegalovirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Carne cruda (ej. comió carne tártara)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxoplasmosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Cada vez que responda "sí", indique a continuación fechas y detalles si lo sabe..

---



---



---

Indique si su madre tomó un medicamento llamado

"DES" embarazada de usted  **Sí**  **No**  **No sé**  
 Usted nació prematuro?  **Sí**  **No**  **No sé** ¿Cuánto tiempo antes? \_\_\_\_\_ semanas

**Indique si tiene antecedentes personales de:**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fenilcetonuria leve o común (PKU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras afecciones crónicas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Indique cantidad total de casos previos de:**

Embarazos	_____
Nacimientos a término	_____
Embarazos múltiples (ej. gemelos)	_____
Nacimientos prematuros (<37 semanas)	_____
Partos prematuros (<37 semanas)	_____
Nacimientos sin vida	_____
Abortos espontáneos (<24 semanas)	_____
Abortos optativos	_____
Hijos vivos	_____

# Cuestionario preconcepcional y prenatal sobre antecedentes familiares de salud



En las preguntas siguientes, marque los casilleros de las enfermedades que han ocurrido en su familia o en la de su pareja o cónyuge. Inclúyase a usted Y a su pareja o cónyuge, así como a sus hermanos (de sangre y medio hermanos), padres, hijos, abuelos, tías, tíos, sobrinas, sobrinos y primos hermanos, y a los de su cónyuge o pareja, de ser posible.

	Su familia	Familia de su pareja	¿Quién es la persona afectada? (Ud., padre, hermano, etc.)
Anencefalia o espina bífida (abertura del cráneo o columna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hidrocefalia (líquido en el cerebro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cabeza grande, pequeña o de forma inusual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ceguera u otros problemas de la vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sordera o pérdida importante de la audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Forma, tamaño o posición inusual de las orejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Labio leporino y/o hendidura del paladar (abertura en el labio y/o paladar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas dentales (dientes faltantes, extra o de formación anormal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas del habla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Defecto cardíaco congénito (ej. "agujero" en el corazón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ataque cardíaco o enfermedad arterial coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad respiratoria o afección pulmonar crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fibrosis quística	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Deficiencia de alfa-1 antitripsina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Estenosis pilórica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Defectos congénitos de intestinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Riñones policísticos, faltantes o extras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Defectos del aparato urinario o genital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Dislocación congénita de la cadera (nació con la cadera dislocada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Defecto congénito de brazo o pierna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Huesos de formación anormal o muchos huesos fracturados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Escoliosis (columna vertebral torcida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

# Cuestionario preconcepcional y prenatal sobre antecedentes familiares de salud



	Su familia	Familia de su pareja	¿Quién es la persona afectada? (Ud., padre, hermano, etc.)
Manos o pies de formación anormal (incluye pie deforme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Muy bajo o muy alto de estatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enanismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Síndrome de Marfan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Debilidad muscular o mala coordinación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Distrofia muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Retraso mental o demora en el desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Problemas de aprendizaje o aprende lentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Déficit de la atención o hiperactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Autismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Convulsiones o epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Síndrome de Down u otro cromosómico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Síndrome X frágil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad Tay-Sachs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de Canavan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fenilcetonuria (PKU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de Gaucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Alzheimer u otra forma de demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enfermedad de Huntington	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Neurofibromatosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Esquizofrenia u otra enfermedad mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Trastorno maníaco depresivo (bipolar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Trastorno unipolar (depresión grave)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Marcas de nacimiento o tumores inusuales en la piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Afección crónica de la piel (ej. Eccema)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sectores de pelo de distinto color	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sectores de piel de distinto color	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Trastorno de sangrado o coagulación (ej. Hemofilia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anemia hereditaria (ej. talasemia, anemia drepanocítica, otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Factor V Leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hemocromatosis (problema de acumulación de hierro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

# Cuestionario preconcepcional y prenatal sobre antecedentes familiares de salud



	Su familia	Familia de su pareja	¿Quién es la persona afectada? (Ud., padre, hermano, etc.)
Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Presión arterial alta o hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cáncer de senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cáncer de ovarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cáncer de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otros tipos de cáncer o tumores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nació prematuro (<37 semanas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nacimientos sin vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Muerte de bebés o niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Dos o más abortos espontáneos o pérdida del embarazo (en la misma persona)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infertilidad o esterilidad (no puede quedar embarazada o tener hijos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Insuficiencia prematura de los ovarios (menopausia precoz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Amenorrea primaria (nunca tuvo menstruación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

¿Se sometió usted, su pareja/cónyuge o alguien de su familia a un examen genético?  Sí  No  
Si respondió "sí", explique:

---



---

¿Están usted y su pareja/cónyuge emparentados como primos hermanos o de otro modo como parientes de sangre? Si respondió "sí", explique:  Sí  No

---



---

## Sólo para uso administrativo

Hallazgos significativos:

Recomendaciones:

Fecha de conversación con paciente/familia \_\_\_\_\_ Nombre/iniciales de HCP \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o tutor X \_\_\_\_\_