



Obstetricia genética para pacientes externos • Cuestionario de detección

Número de expediente médico: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Pronombres: Ella Él Ellos/Ellas Otro

Fecha de nacimiento: ____ Profesión o empleo: _____

Nombre de la pareja: _____

Pronombres: Ella Él Ellos/Ellos Otro

Fecha de nacimiento: ____ Profesión o empleo: _____

Antecedentes de la paciente y la familia

1. La madre o el padre del bebé son...
 - a. Del sudeste asiático, taiwanés, chino o filipino No Sí
 - b. Italiano, griego, de Oriente Próximo/Medio o del subcontinente indio No Sí
 - c. Africano o afroamericano (negro) No Sí
 - d. Judío No Sí
 - e. Cajún o francocanadiense No Sí
 - f. Caucásico Si caucásico, ¿de qué país? No Sí
 - g. Hispano Si es hispano, ¿de qué país? No Sí
2. ¿Son usted y el padre de su bebé parientes sanguíneos (por ejemplo, primos)? No Sí
3. ¿Ha tenido usted, el padre de su bebé o alguien de sus respectivas familias alguna de las siguientes enfermedades o afecciones?
 - a. Anomalías cromosómicas (por ejemplo, síndrome de Down) No Sí
 - b. Anomalía congénita del tubo neural (espina bífida, anencefalia) No Sí
 - c. Trastorno sanguíneo (por ejemplo: hemofilia, anemia de células falciformes, talasemia, problemas de coagulación) No Sí
 - d. Trastorno nervioso o muscular (por ejemplo: neurofibromatosis, distrofia muscular) No Sí
 - e. Trastorno de los huesos o del esqueleto, por ejemplo: enanismo) No Sí
 - f. Fibrosis quística (una enfermedad de los pulmones) No Sí
 - g. Anomalías de riñón..... No Sí
 - h. Cardiopatía congénita (defecto cardíaco de nacimiento) No Sí
 - i. Paladar o labio hendido..... No Sí
 - j. Discapacidad intelectual/autismo/retraso del desarrollo..... No Sí
 - k. Un bebé que falleciera al poco tiempo de nacer o durante la infancia No Sí
 - l. Un bebé que falleciera en útero, o dos o más abortos espontáneos No Sí
 - m. Necesidad de una cirugía antes de cumplir un año No Sí
 - n. Cáncer en la niñez o en la juventud No Sí
 - o. Ceguera o sordera no relacionada con edad avanzada No Sí
 - p. Algún trastorno genético no mencionado arriba _____ No Sí
 - q. Alguna anomalía congénita no mencionada arriba _____ No Sí
 - r. Algún problema médico que le preocupe _____ No Sí
4. ¿Le han hecho a usted o al padre de su bebé alguna prueba genética (por ejemplo: para detectar fibrosis quística, enfermedad de Tay-Sachs, ¿de Canavan o anemia de células falciformes? De ser así, especifique cuál: _____) No Sí

Antecedentes del embarazo en curso (si corresponde)

5. ¿Fue iniciado este embarazo mediante fecundación in vitro o por alguna otra técnica de reproducción asistida? No Sí
 De ser así, especifique cuál : donación de semen donación de óvulos (edad de la donante)
 Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, EN INGLÉS) Otros: _____
6. ¿Ha fumado o ha tomado medicamentos (aparte de vitaminas) o alcohol o drogas de consumo social? No Sí



Children's Health

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER • 725 Welch Road, Palo Alto, CA 94304

Número de expediente médico:

Obstetricia genética para pacientes externos • Cuestionario de detección

Nombre del paciente: _____

- 7. ¿Tiene usted diabetes (gestacional, tipo 1 o tipo 2)? No Sí
- 8. ¿Le han hecho el análisis de sangre del programa de diagnóstico prenatal de California? De ser así, ¿cuándo? No Sí
- 9. ¿Le han hecho una prueba de detección prenatal de ADN libre en sangre (pruebas no invasivas de diagnóstico prenatal: NIPT o NIPS, (por sus siglas en inglés)? De ser así, ¿cuándo? _____ No Sí
- 10. Si contestó que sí a alguna de las preguntas de arriba, explique su respuesta: _____

FIRMA (paciente, padre o madre, o representante debidamente designado)

FECHA:

| | | |
|-------|-------|------------------------------|
| DATE: | TIME: | Genetic counselor signatura: |
| | | PRINT name: |