



PROVIDER / DATE:

Name _____

MR # _____

**SMART TOOL –
CUESTIONARIO PRENATAL
PRENATAL QUESTIONNAIRE**

NOMBRE DE LA PACIENTE (APELLIDO Y NOMBRES) / PATIENT'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)

DIRECCION / ADDRESS

CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL / CITY, STATE AND ZIP CODE

IMPRINT AREA

TELEFONO DE DIA

TELEFONO DE NOCHE

MENSAJE TELEFONICO

RAZA

PREFERENCIA RELIGIOSA

PREFERENCIA DE IDIOMA

EDAD

FECHA DE NAC.

OCUPACION

EMPLEADOR Y CIUDAD

ULTIMO GRADO QUE COMPLETO

ESTADO CIVIL

C S Sep. D V

¿SIGUE RELACIONADA CON EL PADRE DEL BEBE?

Sí No

¿CON QUIEN VIVE?

Sola Con el padre del bebé

Padres Parientes Amigos Otro

NOMBRE DEL PADRE DEL BEBE

DIRECCION (SI NO ES LA QUE FIGURA MAS ARRIBA)

TELEFONO DE DIA DEL PADRE

TELEFONO DE NOCHE

EDAD DEL PADRE

RAZA

OCUPACION

¿TIENE EL PADRE ALGUN PROBLEMA MEDICO?/SI TIENE, DESCRIBALO:

EN CASO DE EMERGENCIA, PONGASE EN CONTACTO CON:

SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL	SU HISTORIA MEDICA	Sí	No	Comentarios del proveedor
1. Fecha del primer día de su último período menstrual _____ ¿Fue un período normal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le bajó en el momento esperado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es alérgica a algún medicamento? Si lo es, INDIQUE A CUALES:			
2. ¿Cada cuántos días le viene el período? _____	Tiene o tuvo alguna vez:			
3. ¿Qué fue lo último que usó para el control de la natalidad? _____ <input type="checkbox"/> Depo provera <input type="checkbox"/> Norplant <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Condón/espermicida <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Cuándo dejó de usarlo? _____	1. enfermedad del pulmón			
4. ¿Le hicieron una prueba del embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si se la hicieron, ¿de qué tipo? <input type="checkbox"/> orina <input type="checkbox"/> sangre FECHA: _____	2. enfermedad del corazón			
EMBARAZOS ANTERIORES	3. presión alta			
¿Cuántos:	4. hepatitis			
1. embarazos tuvo? _____	5. enfermedad de la vesícula biliar			
(incluyendo el actual) _____	6. infecciones frecuentes de la vejiga			
2. partos tuvo? _____	7. cálculos de riñón			
3. abortos espontáneos tuvo? _____	8. anemia/transfusiones de sangre			
4. abortos tuvo? _____	9. tendencia a sangrar			
5. hijos vivos tiene? _____	10. coágulos de sangre en las venas o en los pulmones			
Alguno de sus embarazos, ¿resultó en:	11. artritis o fracturas de huesos			
6. un bebé que pesó menos de 5 libras 8 onzas? ... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. diabetes			
7. un bebé que pesó más de 9 libras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. problemas de tiroides			
8. un trabajo de parto prematuro (antes del 8º mes?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ataques/epilepsia			
9. una cesárea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. migrañas			
Comentarios del proveedor: _____	16. clamidia			
_____	17. VIH			
_____	18. herpes (usted o su compañero)			
_____	19. prueba Papanicolau anormal			
_____	20. HPV o verrugas genitales			
_____	21. sífilis			
_____	22. cáncer			
_____	23. operación/hospitalización importante			
_____	24. problemas con la anestesia			
_____	25. cirugía de los senos			
_____	26. problemas para quedar embarazada, infertilidad			
_____	27. varicela			
_____	28. tuberculosis			

PATIENT NAME	MR#	PHYSICIAN
--------------	-----	-----------

HISTORIA MEDICA FAMILIAR				CIRCUNSTANCIAS SOCIALES			
¿Tuvo alguna vez alguien en su familia	Sí	No	¿Qué familiar?	1. ¿Alguna vez buscó ayuda profesional por un problema emocional?	Sí	No	Comentarios del proveedor
1. asma?				2. Su hogar o su trabajo, ¿le causa estrés?			
2. tuberculosis?				3. ¿Es su situación de vida insegura/inestable?			
3. enfermedad del corazón?				4. ¿Está constantemente haciendo dieta?			
4. hipertensión?				5. ¿Piensa que tendrá dificultades en venir a los chequeos prenatales?			
5. enfermedad del riñón?				6. ¿Tiene algún temor sobre este embarazo o el bebé?			
6. diabetes?				7. Durante el último año – o desde que quedó embarazada – ¿alguien la golpeó, abofeteó, pateó o lastimó físicamente de alguna otra manera?			
7. ataques/epilepsia?				8. ¿Está en una relación con alguna persona que la amenaza o que la lastima físicamente?			
8. células falciformes/talasemia?				9. ¿Alguien la ha forzado a realizar actividades sexuales que la hacen sentir incómoda?			
9. mellizos?				10. ¿Le preocupa el consumo de drogas o de alcohol de su compañero?			
10. defectos de nacimiento?							

HISTORIA MEDICA DEL PADRE DEL BEBE			
El padre del bebé,	Sí	No	Comentarios del médico
1. ¿tuvo transfusiones de sangre?			
2. ¿tuvo una prueba positiva del VIH?			
3. ¿tuvo herpes?			
4. ¿fumó cigarros?			

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO	
<i>Desde que empezó su embarazo:</i>	
1. ¿tuvo sangrado de la vagina que requirió una visita al Departamento de Emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿tuvo náuseas o vómitos tan fuertes que tuvo que ir al Departamento de Emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿tuvo más de 100 grados F de fiebre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿fumó cigarros en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si fumó, ¿cuántos fuma por semana?	
5. ¿tomó bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿tomó medicamentos o consumió drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si lo hizo, INDIQUE CUALES:	
.....	
7. Cuando concibió...	
<input type="checkbox"/> ¿quería quedar embarazada?	
<input type="checkbox"/> ¿quería quedar embarazada, pero más adelante? o,	
<input type="checkbox"/> ¿no quería quedar embarazada en absoluto?	
Comentarios del proveedor:	

CONTRACEPCION POSTERIOR AL PARTO	
1. ¿Planea iniciar un método de control de la natalidad después de que nazca su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Si es así, ¿qué va a usar?	
<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> Diafragma
<input type="checkbox"/> Condón/espermicida	<input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Depo provera
<input type="checkbox"/> Norplant	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
Otro:	
Comentarios del proveedor:	

PLAN DE LACTANCIA	
1. ¿Planea amamantar a este bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INDIQUE LOS AÑOS Y DETALLES DE TODOS LOS EMBARAZOS ANTERIORES								
(Llene "año," "sitio," "duración del embarazo," "horas de trabajo de parto," "sexo" y "peso." Si ha tenido más de 6 embarazos, use otra hoja).								
AÑO	SITIO	DURACION DEL EMBARAZO	HORAS DE TRABAJO DE PARTO	TIPO DE ANESTESIA	TIPO DE PARTO	SEXO	PESO	COMPLICACIONES

REVISADO POR / REVIEWED BY	Firma del proveedor / Provider Signature	FECHA / DATE
FIRMADO POR / SIGNED BY	Firma de la paciente / Patient's Signature	FECHA / DATE

PATIENT NAME	MR#	PHYSICIAN
--------------	-----	-----------

PRENATAL RECORD DATE: ____/____/____				DEFINITION OF WNL (OR ✓)			
Pre-PREG WT.		Hght.		Wt.		BP	
GENERAL APPEARANCE							
	WNL				WNL		
SKIN			ABD				
HEENT			EXT GEN				
NECK			VAG				
BREASTS			CX				
LUNGS			UTERUS				
HEART			ADNEXA				
EXTREM			RECTAL				
NEURO							

DEFINITION OF WNL (OR ✓)
 Skin: No rash or lesions.
 HEENT: Normocephalic, atraumatic. Pupils equal, round and reactive to light. Extraocular movements intact. Hearing is normal. Nose without drainage. Throat not injected.
 Neck: Supple without thyromegaly or masses.
 Breasts: No masses, skin or nipple changes
 Lungs: Clear to auscultation.
 Heart: Regular rhythm. No murmurs or extra sounds. Rate between 60-100/min.
 Abdomen: Soft without hepatosplenomegaly, tenderness or masses.
 Pelvic: Ext: Normal genitalia. No vulvar lesions, cysts or masses.
 Vagina: No abnormal discharge lesions, cysts or masses.
 Cervix: No lesions, nontender
 Uterus: Normal size, shape, contour. Mobile, nontender.
 Adnexa: No masses or tenderness
 Rectal: No masses. Normal sphincter tone.
 Extremities: No clubbing, cyanosis or edema
 Neurologic: Normoreflexive and normal muscle tone.

LABORATORY DATA				ADDITIONAL LABORATORY DATA			
DATE	TEST	RESULTS		DATE	TEST	RESULTS	
	HEMOGLOBIN						
	HEMATOCRIT						
	MCV						
	RBC						
	PLATELETS						
	HB E'PHOR	A ₂	F				
	RPR						
	RUBELLA						
	TYPE & RH		<input type="checkbox"/> Informed				
	ANTIBODY SCREEN						
	HBSAG						
	UA						
	UDAP						
	HIV						
	PAP						
	GC						
	CHLAMYDIA						
	URINE C & S						
	PPD						<input type="checkbox"/> VBAC Consent (if applicable)
	MSAFP						<input type="checkbox"/> Prenatal Screen form completed? <input type="checkbox"/> Preterm Labor Screen
	1° GLUCOSE						<input type="checkbox"/> TL Papers signed (if appropriate)
	HB/HCT						
	ANTIBODY SCREEN						LABOR ANESTHESIA / ANALGESIA PLANNED <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Labor Analgesia

RHO GAM REQUIRED? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date given:				Lot #:		Sign:	
FOB'S LAB	HB	HCT	MCV	RBC	HB E'PHOR A ₂	RH	CORD BLOOD SCREENING REQUIRED ON BABY? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ULTRASOUND DATE	AGE-LMP	AGE-SONO	PLACENTA	COMMENTS:			

NOTES (OFFICE USE)		EDC by Dates	EDC Corrected	OSCR E&M Code <input type="checkbox"/> Initial Prenatal = 4 <input type="checkbox"/> Routine Prenatal F/U = 3
DATE			PROVIDER SIGNATURE	

Age _____ Gravida _____ Para _____ EDC _____

MR # _____

Name _____

OSCR E & M Services Code Initial Prenatal = 4 Routine Prenatal F/U = 3

IMPRINT AREA

Date	Chief Complaint	Pt Hx Reviewed	Wt	BP	Urine			Fetal Movement	Fetal Heart	POS	Fundal Ht	Gest Wks	RTC
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	

Age _____ Gravida _____ Para _____ EDC _____

MR # _____

Name _____

OSCR E & M Services Code Initial Prenatal = 4 Routine Prenatal F/U = 3

IMPRINT AREA

Date	Chief Complaint	Pt Hx Reviewed	Wt	BP	Urine			Fetal Movement	Fetal Heart	POS	Fundal Ht	Gest Wks	RTC
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change			P	G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____													<input type="checkbox"/> See Progress Notes

Age _____ Gravida _____ Para _____ EDC _____

MR # _____

Name _____

OSCR E & M Services Code Initial Prenatal = 4 Routine Prenatal F/U = 3

IMPRINT AREA

Date	Chief Complaint	Pt Hx Reviewed	Wt	BP	Urine			Fetal Movement	Fetal Heart	POS	Fundal Ht	Gest Wks	RTC
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				G	K						
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				P	G	K					
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				P	G	K					
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				P	G	K					
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				P	G	K					
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				P	G	K					
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	
	<input type="checkbox"/> Routine Prenatal <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Revisions <input type="checkbox"/> No Change				P	G	K					
Assessment Plan / Comments:													
Signature: _____												<input type="checkbox"/> See Progress Notes	