

HISTORIAL DE SALUD MATERNA — Parte A Definiciones

Información demográfica

- **Edad:** Edad actual del paciente
- **Educación:** Último año completado, por ejemplo, primaria, intermedia, secundaria, universidad
- **Religión:** Prácticas religiosas que tienen implicaciones médicas o dietéticas.
- **Estado civil:** (S) soltera, (C) casada, (V) viuda, (D) divorciada, (Sep.) separada
- **Ocupación:** Describa el tipo de trabajo y lugar de trabajo.
- **Dirección:** Dirección actual del paciente
- **Números telefónicos:** Números del hogar, celular y trabajo del paciente
- **Contacto de emergencia:** Nombre y parentesco con la persona a contactar en caso de emergencia y números telefónicos

Alergias/Reacción a medicamentos/Alergias al látex

- Alergias/Reacciones a medicamentos/Alergias al látex
- Marque la primera casilla si “no hay alergias conocidas” o la segunda casilla para Penicilina
- Incluya medicamentos, insectos, alimentos, pólenes, etc.
- Antecedentes de inyecciones para alergias.
- Describa la reacción: erupción, urticaria, picazón, náuseas, vómitos, inconsciencia
- Alergia al látex

Historial de menstruación

- **Menarquia:** Edad al primer período menstrual
- **Frecuencia:** Intervalo entre periodos.
- **Duración:** Número de días que duran los períodos menstruales.
- **Cantidad:** Sangrado pequeño, moderado o intenso
- **UPMN:** Describa y dé fecha del último período menstrual normal
- **UPM:** Describa y dé fecha del último período menstrual

Historial contraceptivo

- Marque “Nunca ha usado” si corresponde, o marque todas las casillas de métodos que el paciente ha utilizado en el pasado.
- **Métodos:** Píldora; Condones; Anillo vaginal; Parche; Inyección Depo-Provera®; Implante; DIU
- **Método anticonceptivo futuro:** Describa el método que el paciente planea utilizar después de este embarazo o “desconocido” si no lo ha decidido.
- **Desea una Ligadura de Trompas Bilateral (LTB):** Marque la casilla correspondiente si el paciente planea o no planea una ligadura de trompas o “N/A” si es menor de 21 años o es el primer hijo del paciente
 - Si planea una LTB, complete la fecha de remisión, fecha de firma del consentimiento y fuente de financiamiento si la conoce (si no es así, escriba desconocido).

Historial obstétrico

Incluya todos los embarazos (abortos espontáneos, abortos inducidos, ectópicos, parto prematuro y a término).

- **Gravidez:** Número de veces embarazada, incluyendo el embarazo actual
- **A término:** Número de partos entre 38 y 42 semanas.

- **Prematuro:** Número de partos antes de las 37 semanas
- **Abortos:** Incluye tanto espontáneos como inducidos; no incluye ectópicos; Ver “complicaciones” más adelante para mayor información.
- **Ectópico:** Número de embarazos tubáricos.
- **Vivos:** Número de niños vivos producto de los embarazos mencionados a continuación
- **No. (Enumere los embarazos):** Incluya todos los embarazos (abortos espontáneos, abortos inducidos, ectópicos, partos prematuros y a término) en orden cronológico
- **Mes/año:** Indique el mes/año en que terminó cada embarazo
- **Sexo:** Indique el género del feto/bebé
- **Peso al nacer:** Indique el peso del feto/bebé
- **Semanas de gestación:** Número de semanas de gestación en el parto.
- **Horas del trabajo de parto:** Indique las horas del trabajo de parto.
- **Anestesia:** Si fue utilizada, indique el tipo utilizado, es decir, epidural, general, etc.
- **Tipo de parto:** Método de parto: Vaginal, asistido (con fórceps o ventosa), cesárea.
- **Complicaciones:** Incluya cualquier complicación preparto, intraparto, posparto

Términos e información del historial obstétrico:

- **Abortos espontáneos (involuntarios):** Determinar si la pérdida se dio en el primer trimestre (0-13 semanas) o en el segundo trimestre (14-27 semanas); si fue en el segundo trimestre, pida al paciente que describa las circunstancias; si el parto fue rápido e indoloro, el antecedente podría ser indicativo de cuello uterino incompetente; registre la fecha, ubicación, atención prenatal, hospitalización, dilatación y legrado, complicaciones posparto (por ejemplo, infecciones, hemorragia)
- **Abortos inducidos (terapéuticos/AT):** Determinar si ocurrió en el primer o segundo trimestre; Registre fecha, ubicación, hospitalización, complicaciones posparto
- **Prematuro:** Describa el historial de trabajo de parto tratado de manera efectiva, resultando en un parto a término; o en un parto
- **Ectópico:** Fecha, ubicación, hospitalización, salpingectomía, complicaciones postoperatorias
- **Muerte fetal intrauterina (MFI, mortinato):** Documente la causa de la muerte, si se conoce; defectos de nacimiento, etc., ¿se completó una autopsia?
- **Cesárea:** Indicaciones; complicaciones
- **Complicaciones posparto:** Pregunte acerca de hemorragias, infecciones, depresión, etc.
- **Indague si el paciente conoce sobre el diagnóstico de Rh negativo. Averigüe sobre la administración de RhoGam o MICRhoGam con embarazos/partos anteriores**

Historial sexual

- **Edad:** En la cual la paciente comenzó actividad sexual.
- **Número de compañeros:** En la vida del paciente y actualmente
- **Historial de violación:** Si corresponde, marque “sí”, si no, marque “no”
- **El Padre del Bebé Actual (PDB) difiere de otros embarazos:** Marque “sí” si se trata de un PDB nuevo, marque “no” si es el mismo PDB o “N/A” si es el primer embarazo. Esta información es importante para las pruebas genéticas y de preclamsia.

Historial médico y familiar

Incluya, según se indique, el historial médico personal del paciente (preguntas 1 a 25), familia (preguntas 13 a 25) y padre del bebé (preguntas 21 a 25). Coloque su código de agencia correspondiente en el espacio proporcionado. Detalle hallazgos positivos en el espacio provisto. Explique la información pertinente que pueda afectar la atención del paciente, sea o no un problema importante.

1. **Anemia:** Hemoglobina ≤ 10 gm; Hematocrito $\leq 30\%$, deficiencia de folato, deficiencia de vitamina B12 (anemia perniciosa)
2. **Operaciones/hospitalizaciones:** Todas las cirugías; todas las hospitalizaciones
3. **Trastornos gastrointestinales:** Estreñimiento crónico, diarrea, colitis, enfermedad de Crohn, úlceras, enfermedad de la vesícula biliar, pancreatitis
4. **Trastornos de la alimentación/dietas especiales:** Anorexia nerviosa, bulimia, pica, dieta para fenilcetonuria (PKU) u otra dieta especial relacionada con una condición médica
5. **Flebitis/varices:** Tromboflebitis, varices de la vulva, hemorroides
6. **Problemas dentales:** Caries, gingivitis, enfermedad periodontal, dentadura postizas
7. **Transfusiones de sangre:** Número de unidades, fecha, ubicación, motivo
8. **Vacuna contra Td/Tdap en los últimos 10 años:** Fecha de la última vez.
9. **Varicela**
10. **Medicamentos recetados / de venta libre:** Enumere cualquier medicamento farmacéutico que haya tomado o continúe tomando
11. **Remedios caseros / hierbas:** Medicamentos alternativos o el uso de productos herbales. Incluir medicamentos de otros condados
12. **Trastornos de las vías urinarias:** Un riñón, pielonefritis crónica, nefrosis, diálisis, cálculos renales, dietas especiales, infecciones de las vías urinarias.
13. **Historial del embarazo:** Citas en el consultorio del proveedor, sala de emergencias (caso(s)), enfermedades, sangrado, accidentes, radiografías, ultrasonidos, medicamentos tomados, etc.
14. **Hipertensión:** Presión arterial alta
15. **Diabetes/ diabetes gestacional:** Insulina/medicamentos orales, dieta controlada, aparición en la niñez/adulthood; diabetes solo durante el embarazo
16. **Trastornos cardíacos/ fiebre reumática:** Soplo, ataque cardíaco, cirugía de derivación cardíaca, fiebre reumática, infarto de miocardio
17. **Trastornos endocrinos/tiroides:** Hiper/hipotiroidismo
18. **Trastornos neurológicos:** Epilepsia (convulsiones), esclerosis múltiple, migrañas/dolores de cabeza
19. **Trastornos ginecológicos /exposición a dietilestilbestrol (DES):** Útero bicorne, quistes ováricos, fibroides, citología anormal, colposcopia, ¿la abuela materna tomó DES cuando estaba embarazada de la paciente?
20. **Nacimientos múltiples:** Sólo significativos para el historial familiar del paciente; Por ejemplo, gemelos, trillizos, cuatrillizos, etc.
21. **Cáncer:** Tipo, si se conoce; ubicación
22. **Accidentes/trauma físico:** Fracturas, dislocaciones, accidentes automovilísticos, golpes y traumas pélvicos
23. **Trastornos pulmonares/tuberculosis:** Asma, enfisema, antecedentes de TBC positiva en prueba cutánea
24. **Trastornos del hígado/hepatitis (A, B, C):** Cirrosis
25. **Trastornos psiquiátricos/depresión:** Trastornos de salud mental (bipolaridad, depresión, ansiedad, intentos de suicidio, uso de sustancias, depresión posparto)
26. **Guía de riesgos preexistentes del paciente**
Marque todas las casillas que se aplican al historial del paciente
27. **Guía de riesgo del embarazo actual**
Los problemas durante el embarazo actual deben incluir la fecha de su identificación.
– Utilice la Política de la Agencia y remita a la Clínica de Alto Riesgo según sea necesario, así como a consulta con el proveedor de acuerdo a la política de la