



CHICAGO MATERNAL-FETAL MEDICINE, S.C.

2507 N. HALSTED STREET

CHICAGO, IL 60614

TELEPHONE (773) 348-8032

FAX (773) 348-8042

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO	
CODIGO POSTAL		NUMERO DE TELEFONO		NUMERO DE CELULAR	
DIRECCION ELECTRONICO:		EMPLEADO POR:		NUMERO DE TRABAJO	
DIRECCION DE EMPLEO		CIUDAD		ESTADO	
CODIGO POSTAL		NOMBRE DEL SU ESPOSO/PADRE DEL BEBE		FECHA DE NACIMIENTO	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		DIRECCION SI ES DIFERENTE DE ARRIBA		CIUDAD	
ESTADO		CODIGO POSTAL		NUMERO DE TELEFONO	
NUMERO DE CELULAR		DIRECCION ELECTRONICO:		EMPLEADO POR:	
NUMERO DE TRABAJO		DIRECCION DE EMPLEO		ESTADO	
CIUDAD		CODIGO POSTAL		A QUIEN LE CONTACTAMOS EN CASO DE EMERGENCIA	
RELACION A USTED:		NUMERO DE TELEFONO			

HISTORIA MEDICA

PROBLEMAS MEDICOS:
ESTA ALERGICA A ALGUN MEDICAMENTO?
ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO(RECETADO O NO)? EXPLIQUE SI SU RESPUESTA ES SI:
A TENIDO UNA TRANFUSION DE SANGRE?

RECORD TOTAL DE EMBARAZOS

NUMERO TOTAL DE EMBARAZO		# DE EMBARAZOS TIEMPO COMPLETO		EMBARAZOS PERDIDOS		EMBARAZOS PREMATUROS		
ABORTOS:		EMBARAZO ECTOPICO:		PRIMER DIA DE SU MENSTRUACION:				
SI USTED A TENIDO OTROS EMBARAZOS PORFAVOR LLENE LA INFORMACION								
MES/DIA/ AÑO	# DE SEMANAS AL TIEMPO QUE DIO A LUZ	PESO DEL BEBE	LUGAR DONDE NACIO/ HOSPITAL	CESARIA/ VAGINAL	ALLGUNAS COMPLICACIONES		EL BEBE VIVE	TIENE NIÑO/NIÑA
				C V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				C V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				C V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				C V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				C V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

A QUIEN LE AGRADECEMOS POR REFERIRLE A USTED

NOMBRE DEL DOCTOR QUE LA REFIERE O PERSONA:		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION		CIUDAD	
ESTADO		CODIGO POSTAL	