

# CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

Para ser completado por la solicitante  
(POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1 Información del Asegurado Principal

Nombre: _____		
	Apellido	Nombre
Inicial		
Número de Póliza: _____	Nombre de la Solicitante: _____	
	Apellido	Nombre
Inicial		
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____	Estatura _____	Peso _____
Mes	Día	Año
	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> pies	<input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Nombre del Ginecólogo: _____		
	Apellido	Nombre
Inicial		
Teléfono del Ginecólogo: ( _____ ) _____ - _____		

## 2 Historial Gineco-obstétrica de la Solicitante

Número de embarazos: _____	Número de partos: _____	Número de partos prematuros: _____		
Número de cesáreas: _____	Número de abortos: _____			
En caso de cesáreas o abortos, por favor explique el motivo, y proporcione el nombre completo y teléfono del médico y hospital donde fue atendida: _____				
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	1. ¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia un hijo con defectos o enfermedades congénitas o hereditarias, embarazos múltiples o alguna complicación del embarazo o del parto?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	2. ¿En ocasiones anteriores, ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	3. ¿Ha sido alguna vez diagnosticada o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, bromas o desórdenes de la menstruación?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. ¿Ha tenido alguna vez cirugía del útero o los órganos reproductivos (ovarios, trompas de Falopio, útero, vagina, vulva, senos), dilatación y legrado, conización cervical o cualquier otra cirugía pélvica?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	5. ¿Ha sido alguna vez diagnosticada o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	6. ¿Fuma usted cigarrillos o consume algún producto que contenga nicotina? Si respondió "Sí", por favor indique el tipo y cantidad diaria. _____			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	7. ¿Ha sido alguna vez diagnosticada o tratada por cualquier otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?			
Por favor proporcione detalles sobre cualquier respuesta afirmativa.				
Pregunta (número)	Condición, Cirugía o Tratamiento	Fecha		Nombre y teléfono de médicos y hospitales
		Desde	Hasta	
Firma de la Solicitante		Fecha _____ / _____ / _____		
		Mes      Día      Año		