DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES
Division of Children and Family Services
CFS-149AS (Rev. 06/2004)

STATE OF WISCONSIN
Adoption Search Program
P.O. Box 8916
Madison, WI 53708-8916

QUESTIONARIO DE HISTORIAL FAMILIAR
(*FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE*) USE TINTA NEGRA SOLAMENTE
MEDICO / GENETICO – INFORMACION SOBRE EMBARAZO Y PARTO

Uso del formulario: Este formulario debe ser completado por la MADRE BIOLOGICA. El completar este formulario reúne los requisitos de la s. 48.425(1)(am), *Wis. Stats*. La información sobre identidad personal en este formulario es confidencial y será usada solamente para propósito de identificación.

Instrucciones: Después de completarlo, este formulario debe estar acompañado y presentado con el *"Family History Questionnaire – Medical / Genetic," form CFS-149* (Cuestionario de Historial Familiar-Médico/Genético Formulario CFS-149. Si necesita espacio adicional cuando esté completando este formulario, adjunte las hojas separadas. Si usted tiene preguntas con referencia a este formulario, llame al (608) 266-7163.

Nombre – Niño (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento - Niño (mes/dia/año)

SECCION I INFORMACION DE EMBARAZO

1. ¿Cuándo fue su primer sospecha de que estaba embarazada de este niño?

2. ¿Cuándo fue este embarazo confirmado por un examen de embarazo?

3. ☐ Sí ☐ No ¿Recibió usted cuidado prenatal durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo se inició el cuidado prenatal? _____

4. ☐ Sí ☐ No ¿Aumentó usted de peso durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas libras aumento? _____

5. ☐ Sí ☐ No ¿Perdió usted peso durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas libras perdió? _____

6. ☐ Sí ☐ No ¿Estuvo usted hospitalizada durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", enliste hospitalizaciones, razones y fechas abajo.

a. Hospitalización	Razon(es)	Fecha(s)
b. Hospitalización	Razon(es)	Fecha(s)
c. Hospitalización	Razon(es)	Fecha(s)

7. ☐ Sí ☐ No ¿Tomó usted medicamentos durante este embarazo? (Incluya medicinas recetadas y medicamento sin receta o medicinas no recetadas). Si la respuesta es "Sí", enlístelos abajo.

a. Nombre – Medicación	Propósito del Medicación	Fecha(s)	Dosis y Cantidad
b. Nombre – Medicación	Propósito del Medicación	Fecha(s)	Dosis y Cantidad
c. Nombre – Medicación	Propósito del Medicación	Fecha(s)	Dosis y Cantidad
d. Nombre – Medicación	Propósito del Medicación	Fecha(s)	Dosis y Cantidad

8. ☐ Sí ☐ No ¿Fumó usted cigarrillos durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos por día? _____

9. ☐ Sí ☐ No ¿Estuvo usted expuesta a humos inusuales o otras químicas durante este embarazo (humos del sitio de trabajo, pasatiempos, etc.)? Si la respuesta es "Sí ", explique; dé ejemplos y fechas.

10. ☐ Sí ☐ No ¿Consumió usted bebidas alcohólicas durante este embarazo?
Si la respuesta es "Sí", especifique que clase de alcohol; i.e., cerveza, vino, licor, combinaciones. _____

Patrón de Bebida – Complete por cada trimestre.	Primer Trimestre (1–3 meses)	Segundo Trimestre (4–6 months)	Tercer Trimestre (7-9 months)
☐ Parrandas – Indique la cantidad y la frecuencia.			
☐ Diariamente – Indique la cantidad.			
☐ Otro – Ocasionalmente; por ejemplo, fines de semanas. Indique la cantidad y la frecuencia.			

11. ☐ Sí ☐ No ¿Estuvo usted expuesta a rayos X durante este embarazo, incluyendo rayos X dentales? Si la respuesta es "Sí", especifique cuando y que parte(s) del cuerpo.

12. ☐ Sí ☐ No ¿Estuvo usted expuesta a otros tipos de radiación durante este embarazo; por ejemplo, exposición ocupacional, enema/ trago de barrio? Si la respuesta es "Sí", identifique de donde procedió la radiación y las fechas.

13. Durante su embarazo con este niño tuvo usted:

☐ Sí ☐ No a. Pre-eclampsia o hipertensión
☐ Sí ☐ No b. Presión arterial alta
☐ Sí ☐ No c. Presión arterial baja
☐ Sí ☐ No d. Albúmina o proteína en la orina
☐ Sí ☐ No e. Diabetes o azúcar en su orina
☐ Sí ☐ No f. Infección en la orina, olor o color extraño en la orina
☐ Sí ☐ No g. Alguna sangria vaginal. Si la respuesta es "Sí", especifique cuando y por cuanto tiempo. _____

☐ Sí ☐ No h. Náuseas del embarazo. Si la respuesta es "Sí", especifique cuando y por cuanto tiempo. _____

☐ Sí ☐ No i. Algunas inmunizaciones durante el embarazo o tres meses antes. Si la respuesta es "Sí", especifique el tipo: _____

☐ Sí ☐ No j. Algunos patrones irregulares de nutrición (dietas especiales). Si la respuesta es "Sí", describa: _____

☐ Sí ☐ No k. Fiebre. Si la respuesta es "Sí", especifique que tan alta y la duración de la fiebre: _____

☐ Sí ☐ No l. Sarpullidos y / o infecciones inexplicadas. Si la respuesta es "Sí", especifique cuando: _____

☐ Sí ☐ No m. Enfermedad; i.e., varicela, paperas, sarampión .

Si la respuesta es Sí", especifique la enfermedad y cuando la padeció: _____

14. Su factor Rh es: ☐ Negativo ☐ Positivo

15. El factor Rh del padre es: ☐ Negativo ☐ Positivo

16. Exámenes médicos administrados durante este embarazo.

Indique "Sí" o "No" si usted fue examinada de lo siguiente.	Fecha del Exámen (mes/día/año)	Resultados del Exámen
☐ Sí ☐ No VDRL (sífilis)		
☐ Sí ☐ No Cultivo / frotis (gonorrea)		
☐ Sí ☐ No Frotis vaginal		
☐ Sí ☐ No Examen de la piel para tuberculosis		
☐ Sí ☐ No Herpes		
Otros exámenes hechos para detectar enfermedades transmitidas sexualmente – Especifique abajo.		

17. ☐ Sí ☐ No ¿Es éste su primer embarazo? Sí la respuesta es "No", complete lo siguiente.

a. Número de embarazos anteriores , incluyendo este embarazo _____

b. Número de niños nacidos vivos, incluyendo este embarazo _____

c. Número de abortos _____

d. Número de aborto(s) expontáneo(s) _____

Causa de aborto(s) expontáneo(s), si la conoce _____

e. Números de mortinatos _____

f. ☐ Sí ☐ No ¿Hubieron complicaciones con los otros embarazos?

g. ☐ Sí ☐ No ¿Todavía viven todos los niños nacidos vivos? Si la respuesta es "No", indique la(s) edad(es) del niño(s) al fallecer: _____

Causa de muerte: _____

SECTION II INFORMACION DEL PARTO

1. ☐ Sí ☐ No ¿Fue el parto vaginal?

2. ☐ Sí ☐ No ¿Fueron usados instrumentos para asistir con el parto?

3. ☐ Sí ☐ No ¿Fue el parto por medio de una operación de cesárea? Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles complicaciones llevarón a una operación de cesárea? _____

4. ¿Cuánto duró el parto? Primera etapa: _____ Segunda etapa: _____ Tercera etapa: _____

5. ¿Qué tan pronto antes del nacimiento rompió fuente (membrana)? _____

6. ☐ Sí ☐ No ¿Recibió usted alguna anestesia, analgésico o medicamento para iniciar el parto? Si la respuesta es "Sí", especifique que clase: _____

7. El niño fue: ☐ Prematuro por _____ semanas. ☐ Pasado de la fecha por _____ semanas.

8. ☐ Sí ☐ No ¿Hubieron complicaciones con el parto? Si la respuesta es "Sí", especifique que clase: _____

9. El bebe nació: ☐ Pies primeros (Parto de nalgas) ☐ Cabeza primero

10. ☐ Sí ☐ No ¿Se requirió de resucitación o ayuda para respirar para el bebé al nacer?

11. ☐ Sí ☐ No ¿Tuvo el bebé ictericia (amarillo) al nacer?

12. ☐ Sí ☐ No ¿Se le detectó un murmullo en el corazón al nacer?

13. ☐ Sí ☐ No ¿Se notaron otros problemas AL nacer el bebé; por ejemplo, defectos de nacimiento o condiciones de discapacitación? Si la respuesta es "Sí", especifique.

14. ☐ Sí ☐ No ¿Se notaron otros problemas DESPUES de nacer; por ejemplo, algunos defectos de nacimiento o condiciones de discapacitación? Si la respuesta es "Sí", especifique.

15. Consulte el registro del hospital si los datos en esta parte (15) no son conocidos por los padres.
    a. Peso al nacer _____
    b. Medida al nacer _____
    c. Circunferencia de cabeza _____
    d. Valuación del APGAR: Un minuto: _____ Cinco minutos: _____
    e. Evaluación al recién nacido:

	Positivo	Negativo
☐ PKU	☐	☐
☐ Azúcar (glucosa) en la orina	☐	☐
☐ Galactosemia	☐	☐
☐ Hipotiroidismo	☐	☐

16. ☐ Sí ☐ No ¿Nació más de un (1) niño en este parto? Si la respuesta es "Si",
    a. ¿Cuántos? _____
    b. ¿Cuál es el orden de nacimiento de este niño? _____
    c. Condición del otro bebe(s) nacido durante este parto – Especifique.

NOTA: SI USTED O LA AGENCIA TIENE INFORMACION ADICIONAL, AÑADA HOJAS SEPARADAS PARA QUE ACOMPAÑEN ESTE FORMULARIO.

SECCION III AUTORIZACION PARA REVELAR LA INFORMACION

Yo autorizo a la agencia que asiste en la preparación de este documento a revelar la información médica y génetica en este documento al *Circuit Court* (Tribunal Superior) y al *Department of Health and Family Services* (Departamento de Salud y Servicios de Familia) para uso en la preparación y el mantenimiento del historial médico y génetico requerido por la ley concerniente a mi hijo(a) de nacimiento nombrado(a) en la página 1.

Nombre – Madre Biológica (Imprima)	Dirección – (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (Imprima)	Teléfono

FIRMA – Madre Biológica	Fecha (mes/dia/año)