

## Cuestionario sobre Antecedentes Familiares Médicos/Genéticos – Información sobre el Embarazo y Alumbramiento

### FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE MEDICAL / GENETIC – PREGNANCY AND DELIVERY INFORMATION

**Uso de este formulario:** Este formulario se usa para recabar información sobre el embarazo y alumbramiento de cualquier menor cuya madre biológica haya terminado los derechos de patria potestad de ese menor en Wisconsin. Completar este formulario cumple el requisito de s. 48.425(1)(m), Wis. Stats. Otra persona puede completar este formulario en nombre de un padre/madre biológico si éste no puede hacerlo. La información que identifique a los individuos personalmente es confidencial y sólo se usará para fines de identificación.

**Instrucciones:** Después de completarlo, este formulario se debe adjuntar y presentar junto con el formulario "Family History Questionnaire - Medical / Genetic," form CFS-149. Si necesita espacio adicional cuando completa este formulario, adjunte más hojas.

Nombre - Menor (Apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento – Menor (mm/dd/aaaa)
---	--

#### SECCIÓN I INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO

1. ¿Cuándo sospechó por primera vez que estaba embarazada de este niño?	2. ¿Cuándo se confirmó el embarazo con un test de embarazo?
---	---

3.  Sí  No ¿Recibió cuidado prenatal durante este embarazo? Si es "Sí", ¿cuándo comenzó el cuidado prenatal? \_\_\_\_\_

4.  Sí  No ¿Aumentó de peso durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas libras? \_\_\_\_\_

5.  Sí  No ¿Perdió peso durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas libras? \_\_\_\_\_

6.  Sí  No ¿La hospitalizaron durante este embarazo? Si es "Sí", indique las hospitalizaciones, las razones y las fechas abajo.

a. Hospital	Razón/razones	Fechas(s) (mm/dd/aaaa)
b. Hospital	Razón/razones	Fecha(s)
c. Hospital	Razón/razones	Fecha(s)

7.  Sí  No ¿Tomó medicamentos durante este embarazo? (Incluya medicamentos recetados, de venta libre y no recetados). Si la respuesta es "Sí", indíquelos abajo.

a. Medicamento	Objetivo del medicamento	Fecha(s) (mm/dd/aaaa)	Dosis y cantidad
b. Medicamento	Objetivo del medicamento	Fecha(s)	Dosis y cantidad
c. Medicamento	Objetivo del medicamento	Fecha(s)	Dosis y cantidad
d. Medicamento	Objetivo del medicamento	Fecha(s)	Dosis y cantidad

8.  Sí  No ¿Fumó cigarrillos durante este embarazo? Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos por día? \_\_\_\_\_
9.  Sí  No ¿Alguien de su vivienda fumó durante este embarazo?
10.  Sí  No ¿Estuvo expuesta a humos inusuales u otros químicos durante este embarazo (humos del lugar de trabajo, hobbies, etc.)? Si es "Sí", explique; dé ejemplos y fechas.

11.  Sí  No ¿Consumió bebidas alcohólicas durante este embarazo?  
Si es "Sí", especifique qué tipo de alcohol; ej., cerveza, vino, licor, combinación.

Patrón de bebidas – Complete para cada trimestre.	1er trimestre (1 – 3 meses)	2do trimestre (4 – 6 meses)	3er trimestre (7 – 9 meses)
<input type="checkbox"/> Comilonas – Indique cantidad y frecuencia.			
<input type="checkbox"/> A diario – Indique cantidad.			
<input type="checkbox"/> Otro – Ocasional; ej., fines de semana. Indique cantidad y frecuencia.			

12.  Sí  No ¿Estuvo expuesta a rayos X durante este embarazo, incluidos rayos X de los dientes? Si es "Sí", especifique cuándo y qué partes del cuerpo.

13.  Sí  No ¿Estuvo expuesta a otras formas de radiación durante este embarazo; ej., exposición ocupacional, enema / trago de bario? Si es "Sí", identifique la fuente de la radiación y las fechas.

14. Durante su embarazo de este niño, tuvo:

**Sí**    **No**

- a. Preclamsia o hipertensión
- b. Presión arterial alta
- c. Presión arterial baja
- d. Albúmina o proteína en la orina
- e. Diabetes o azúcar en la orina
- f. Una infección urinaria, olor o color extraño en la orina
- g. Alguna hemorragia vaginal. Si es "Sí", especificar cuándo y por cuánto tiempo. \_\_\_\_\_
- h. Malestar matutino. Si es "Sí", especificar cuándo y por cuánto tiempo. \_\_\_\_\_
- i. Alguna inmunización durante el embarazo o tres meses antes. Si es "Sí", especifique el tipo: \_\_\_\_\_
- j. Algún patrón nutricional irregular (dieta especial). Si es "Sí", describa: \_\_\_\_\_
- k. Fiebre. Si es "Sí", especifique cuán alta y la duración: \_\_\_\_\_
- l. Sarpullidos y/o infecciones inexplicadas. Si es "Sí", especifique cuándo: \_\_\_\_\_

- m. Enfermedad; ej., varicela, paperas, rubéola.  
Si es "Sí", especifique la enfermedad y cuándo: \_\_\_\_\_
- n. ¿Alguna alergia? Si es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

15. Su factor Rh es:  Negativo  Positivo Su tipo sanguíneo es: \_\_\_\_\_

16. El factor Rh del padre biológico es:  Negativo  Positivo El tipo sanguíneo del padre biológico es: \_\_\_\_\_

17. Estudios médicos realizados durante este embarazo. Marque "Sí" o "No" si le hicieron estudios por lo siguiente.

Sí	No	Fecha del estudio	Resultados del estudio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		VDRL (sífilis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cultivo / muestra (gonorrea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Papanicolau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Examen de la piel por tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Herpes

Otro examen por enfermedades de transmisión sexual – especificar abajo.


18. Estudios de diagnóstico realizados durante este embarazo. Marque "Sí" o "No" si le hicieron estudios por lo siguiente. Si es "Sí" proporcione la fecha del estudio y los resultados.

Sí	No	Fecha del estudio	Resultados del estudio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Muestra de vello de coriónica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Amniocentesis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otras pruebas de diagnóstico realizadas

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

- a. Cantidad de embarazos pasados, incluido éste \_\_\_\_\_
- b. Cantidad de nacimientos con vida, incluido éste \_\_\_\_\_
- c. Cantidad de abortos espontáneos \_\_\_\_\_  
Causa de los abortos, si se saben \_\_\_\_\_
- d. Cantidad de mortinatos \_\_\_\_\_

e.  Sí  No ¿Hubo complicaciones con los otros embarazos?

f.  Sí  No ¿Todos los niños que nacieron con vida previamente están vivos en la actualidad? Si es "No", edades de los niños al morir: \_\_\_\_\_

Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMBRAMIENTO**

1.  Sí  No ¿El alumbramiento fue vaginal?
2.  Sí  No ¿Se usaron instrumentos para asistir en el alumbramiento?
3.  Sí  No ¿El alumbramiento se hizo por Cesárea? Si es "Sí", ¿qué complicaciones condujeron a la Cesárea? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto duró el alumbramiento? 1a etapa: \_\_\_\_\_ 2a etapa: \_\_\_\_\_ 3a etapa: \_\_\_\_\_
5. ¿Cuánto antes del nacimiento se rompieron las membranas? \_\_\_\_\_
6.  Sí  No ¿Recibió alguna anestesia, calmante para el dolor o droga para comenzar el alumbramiento? Si es "Sí", especifique qué tipo: \_\_\_\_\_
7. El niño:  Fue prematuro por \_\_\_\_\_ semanas.  Postmaduro por \_\_\_\_\_ semanas.
8.  Sí  No ¿Hubo complicaciones con el alumbramiento? Si es "Sí", especifique qué tipo: \_\_\_\_\_
9. El bebé nació:  Pies primero (posición de nalgas)  Cabeza primero
10.  Sí  No ¿El niño necesitó resucitación o ayuda para respirar cuando nació?
11.  Sí  No ¿El niño tenía ictericia (amarillo) al nacer?
12.  Sí  No ¿Se detectó un soplo cardíaco al nacer?
13.  Sí  No ¿Se observó algún otro problema EN el nacimiento; ej., algún defecto de nacimiento o condición discapacitante? Si es "Sí", especifique. \_\_\_\_\_
14.  Sí  No ¿Se observó algún otro problema DESPUÉS del nacimiento; ej., algún defecto de nacimiento o condición discapacitante? Si es "Sí", especifique. \_\_\_\_\_
15. Consultar los registros del hospital si los padres no conocen los datos del ítem 15.
- a. Peso en el momento de nacer \_\_\_\_\_
- b. Largo en el momento de nacer \_\_\_\_\_
- c. Circunferencia de la cabeza \_\_\_\_\_
- d. Calificación APGAR: Un minuto: \_\_\_\_\_ Cinco minutos: \_\_\_\_\_
- e. Controles del recién nacido:
- |  | <u>Positivo</u>          | <u>Negativo</u>          |  | <u>Positivo</u>          | <u>Negativo</u>          |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> PKU                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del jarabe de arce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rasgo drepanocítico                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Galactosemia                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita crítica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otros trastornos – Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
16.  Sí  No ¿Nació más de un (1) bebé en este nacimiento? Si es "Sí":
- a. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- b. ¿Orden de nacimiento de este niño? \_\_\_\_\_

c. Condición del otro/s bebé/s nacido/s durante este nacimiento – Especificar.

---

**NOTA: SI USTED O LA AGENCIA TIENEN INFORMACIÓN ADICIONAL, AGREGUEN MÁS HOJAS A ESTE FORMULARIO.**

---

**SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN**

Autorizo a la agencia que asiste en la preparación de este documento a que divulgue la información médica / genética que aquí figura al Circuit Court y a Wisconsin Department of Children and Families para que sea usado en la preparación y mantenimiento de los antecedentes médicos / genéticos exigidos por la ley de mi hijo biológico designado en la página 1.

---

Nombre – Madre biológica (en letra de molde)

---

Dirección - Calle, ciudad, estado, código postal (en letra de molde)

---

Teléfono

---

**FIRMA** – Madre Biológica

---

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

---

Nombre – Otra persona que brinda información (en letra de molde)

---

Dirección - Calle, ciudad, estado, código postal (en letra de molde)

---

Teléfono

---

**FIRMA** – Otra persona que brinda información

---

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)