

Print Name _____

Date _____

PATIENT INFORMATION

Patient #:	Gender: F	Date of Birth:
Last Name:		Age:
First Name:	Initial:	Social Security #:
Address:		Home Phone:
City, State:	Zip:	Cell/Work Phone:
Marital Status:	Religion:	Ethnicity:

OB:

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance:	Policy/Subscriber:
	Insured Policy ID:
Address:	Group Number:
City, State, Zip:	Date of Birth:
Plan Phone:	Patient Relationship to Subscriber:

MISCELLANEOUS INFORMATION

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

<p>What is the best telephone number to contact you?</p> <p>_____</p>	<p>Emergency Contact Name: Contacto de Emergencia</p>
<p>I, authorize Associates in Advanced Maternal Fetal Medicine, LLC. to leave a message containing detailed medical information to the number listed above. <i>Sign/Firma:</i> _____</p> <p>¿Cuál es el número de teléfono para comunicarnos con usted? <i>Yo, autorizo Associates in Advanced Maternal Fetal Medicine, LLC. que deje un mensaje que contiene detallada información médica a el número que aparece arriba.</i> <i>Sign/Firma:</i> _____</p>	<p>Emergency Contact Phone: Contacto de Emergencia telefono:</p>
	EMAIL COMMUNICATION CONSENT
	<p>By providing my email address below I consent to Email communication regarding my medical care:</p> <p>_____</p>
	<p>What is your preferred pharmacy phone number?</p> <p>Phone (____) _____ - _____</p>

Print Name _____

Date _____

Do you have a LATEX ALLERGY?	¿Tiene usted una alergia al látex?
When was the first day of your last menstrual period?	¿Cuándo fue el primer día de su último período menstrual pasado?
Are you sure?	¿Está segura?
Are your period normal?	¿Son sus períodos normales?
How many pregnancies, including this pregnancy?	¿Cuántos embarazos, incluyendo este embarazo?
How many babies born at term (nine months)?	¿Cuántos bebés llevados en el término (nueve meses)?
How many babies born premature?	¿Cuántos bebés nacidos prematuros?
How many living children do you have?	¿Cuántos hijos vivos tienes?
Is this pregnancy a result of In Vitro Fertilization?	¿Es este embarazo resultado de la fertilización in vitro?
If yes, was there a donor egg used?	¿En caso afirmativo, se utilizó un donante de óvulos?
What is the age of the donor?	¿Cuál es la edad del donante?
Any baby born with birth defects? If yes, explain:	¿Cualquier bebé nacido con defectos congénitos? En caso afirmativo, explique
Have you had a baby die after birth? If yes, explain	¿Ha tenido usted un bebé morir después del parto? En caso afirmativo, explique
How many miscarriages?	¿Cuántos espontáneo / natural abortos?
How many medically induced abortions?	¿Cuántos inducido abortos?
How many c-sections have you had? Why?	¿Cuántas cesáreas ha tenido? ¿Por qué?
Have you had any pelvic surgery?	¿Ha tenido alguna cirugía pélvica?
If yes, explain:	En caso afirmativo, explique
Have you had any vaginal bleeding?	¿Ha tenido algún sangrado vaginal?
Have you had any leaking of fluid?	¿Ha tenido algún pérdida de liquido?
Do you smoke? If yes, # of cigarettes per day?	¿Fuma usted? ¿Si sí, # de cigarrillos por día?
Have you consumed alcohol in this pregnancy?	¿Ha consumido alcohol en este embarazo?
Is this visit for a second opinion?	¿Es esta visita para una segunda opinión?
What is your race?	¿Cuál es su raza?
What is your ethnicity?	¿Cuál es tu etnia?
What was your weight prior to pregnancy?	¿Cuál era tu peso antes del embarazo?
What is your current weight?	¿Cual es tu peso actual?

 Print Name

 Date

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

The following questions are EXTREMELY important.
Please be as specific as possible when answering the questions.

Regarding CURRENT PREGNANCY:

For this pregnancy have you had any of the following tests performed?

Testing	Y	N	When and where?
Ultrasound			
Prenatal labs			
MaterniT21 (includes gender of the fetus)			
Panorama (includes gender of the fetus)			
Informaseq (includes gender of the fetus)			
Harmony (includes gender of the fetus)			
Verifi (includes gender of the fetus)			
Cystic Fibrosis			
SMA			
Fragile X			
MSAFP (Spina Bifida Screening)			
First trimester Screening			
Sequential Screening			
Integrated Screening			
Amniocentesis			
Chorionic Villi Sampling (CVS)			
AFP4 (Down's Syndrome screening)			
PENTA (Down's Syndrome screening)			
Other:			

Please list any medication you are currently taking below:

Print Name _____

Date _____

The next questions are regarding PERSONAL and FAMILY HISTORY
PERSONAL AND FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE

Please check Yes or No in regards to your own or family history below:

Por favor marque Sí o No en cuanto a su propia historia o de la familia por debajo:

HISTORY (Historia)	YES (Si)	N O	Self or Family	COMMENTS <i>Please include dates</i> (Comentarios, por favor incluya fechas)
Diabetes				
Hypertension (Hipertensión)/High Blood Pressure				
Renal Disorder (Trastorno renal)				
Anemia (Anemia) / Sickle Cell Anemia				
Autoimmune Disorder (Enfermedad de Autoimmune) (Lupus, rheumatoid arthritis)				
Asthma (Asma)				
Abnormal Pap Smear (Papanicolaou anormal)				
Blood Transfusion (Transfusión de Sangre)				
Breast disorder (Trastorno de mama)				
Depression (Depresión)				
Psychiatric Disorder (Trastorno psiquiátrica)				
Heart Disease (Trastorno cardiac)				
Hypertension (Hipertensión)				
Infertility (Esterilidad)				
Liver Disease (Trastorno del hígado)				
Neurologic Disorder (Trastorno neurológico)				
Allergic reaction (Reacción alérgica)				
(Rh) Disease (Incompatibilidad de (Rh))				
Thyroid Disease (Trastorno de tiroides)				
Trauma History (Historia de trauma)				
Uterine Abnormalities (Anomalías Congénitas del Utero)				
Varicosities/ DVT (Varices / trombosis)				
Vanishing Twin Syndrome				
Anesthetic Complications (Complicaciones anestésicas)				
Tobacco (tabaco)				(Packs/day)
Alcohol				(drinks/day)
Illicit or recreational Drug use (drogas ilícitas o recreativas)				
Other Medical family history (Otra historia médica de la familia)				
Exposure/Infection History	Yes/No		Comments	
La exposición/ Historia de infección				
Partner has history of HIV (Pareja tiene historia de HIV)				
Patient or partner has history of Genital Herpes Paciente o su pareja tiene historia de herpes genital				
Exposure to Tuberculosis (Exposición a la tuberculosis)				
Rash or Viral illness since last menstrual period Enfermedad eruptiva viral o después la última menstruación				
History of sexually transmitted disease Historia de enfermedad de transmisión sexual				
Possible Varicella Susceptibility (Susceptibilidad de Varicella)				
Other exposure history or Infection Historia de exposición o infección				

Print Name _____

Date _____

PERSONAL AND FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE

Please check Yes or No in regards to your own or family history below:

Por favor marque Sí o No en cuanto a su propia historia o de la familia por debajo:

Genetic Screening	Yes/No	Comments
Your Age >35 as of Est due date (Edad de paciente >(mas) 35)		
Baby's father older than 40?/Padre del bebe tiene mas de 40 años?		
Neural Tube Defect (Spina Bifida, Anencephaly) Defecto del tubo neural (espina bífida, anencefalia)		
Trisomy 21 (Trisomía 21)		
Congenital Heart Disease (Enfermedades Congénitas del Corazón)		
Cystic Fibrosis (Fibrosis quística)		
Tay-Sachs (Jewish, Cajun, French Canadian) Enfermedad de Tay-Sachs (judía, Cajun, francés canadiense)		
Ashkenazi descent		
Thalassemia (Italian, Greek, Mediterranean, Asian) Talasemia (italiana, griega, mediterránea, asiática)		
Canavan Syndrome (Síndrome de Canavan)		
Hemophilia or hematologic Disease Hemofilia o la enfermedad hematológica		
Huntington's Chorea (Corea de Huntington)		
Autism (autismo)		
If yes, was person tested for Fragile X? En caso afirmativo, se hizo la prueba de X Frágil?		
Mental Retardation (Retraso Mental)		
If yes, was person tested for Fragile X? En caso afirmativo, se hizo la prueba de X Frágil?		
Muscular Dystrophy (Distrofia Muscular)		
Sickle Cell Disease or Trait (African) La enfermedad de células falciformes o rasgo (África)		
Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorder Otros trastorno hereditario genético o cromosómico		
Maternal Metabolic Disorder (Type 1 Diabetes, PKU) Trastorno metabólico materno (diabetes tipo 1, PKU)		
Recurrent Pregnancy Loss, or a Stillbirth Pérdida recurrente del embarazo, o un muerte fetal		
Other birth defects (Otros defectos de nacimiento)		
Other Genetic Screening (Otro Cribado Genético)		
Surgery/Hospitalization (Cirugía / Hospitalización) Please include any pelvic surgeries	Year (Año)	Comments (Comentarios)