

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **CUESTIONARIO GENETICO PRENATAL**

**Raza:**     \_\_\_ Afro-Americano     \_\_\_ Asiatico     \_\_\_ Blanco  
             \_\_\_ Hispano     \_\_\_ Judio-Ashkenazi     \_\_\_ Judio-Sephardic  
             \_\_\_ Americano Nativo     \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_     **Religion:** \_\_\_\_\_

1. Tendra usted 35 años o mas cuando de a luz? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
  
2. Usted, el padre del bebe o algun familiar rehusan recibir sangre o productos derivados? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
  
3. Han tenido usted, el padre o cualquier familiar del bebe algunos de estos defectos?  
    Sindrome de Down (Mongolismo) \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
  
    Hemofilia \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
  
    Defecto del tubo neural – Espina dorsal abierta  
    Distrófia Muscular \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
  
    Fibrosis Quistica \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
  
Si ha marcado si, indique la relacion entre la persona afectada y usted o el  
padre del bebé: \_\_\_\_\_
  
4. Tiene usted o el padre del bebé algún defecto congenito? \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
  
Si ha marcado si, indique quien tiene el defecto y cual es: \_\_\_\_\_
  
5. En matrimonios anteriores usted o el padre del bebé han tenido un hijo(a) nacido vivo o muerto con un defecto no mencionado en la pregunta #2? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
  
6. Tiene usted, el padre o familiares del bebe algun retraso mental? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
  
7. Tiene usted, el padre o familiares del bebe algun defécto congenito, algun defecto fisico o anomalia cromosomica no mencionada? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
  
8. En matrimonios anteriores usted o el papa del bebé han tenido un bebé nacido muerto o tres (o mas) abortos espontaneos en el primer trimestre del embarazo? \_\_\_ Yes \_\_\_ No
  
9. Es usted o el padre del bebé de desendencia Judia? \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
  
Si ha marcado si, le han hecho prueba de: Tay Sachs? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

10. Es usted o el padre del bebé de desendencia Italiana, Griega, o Mediterranea?  Yes  No

Si ha marcado si, le han hecho prueba de: B-Thalassemia?  Yes  No

11. Es usted o el papa del bebé de desendencia Filipina o del Sureste de Asia?  Yes  No

Si ha marcado si, le han hecho prueba de: A-Thalassemia?  Yes  No

12. Es usted o el papa del bebé de desendencia Africana?  Yes  No

Si ha marcado si, le han hecho prueba de: Sickle Cell Trait?  Yes  No

13. Excluyéndo hierro y vitaminas, has tomado algun medicamento o droga recreacional desde que estas embarazada o desde tu ultima menstruacion?  Yes  No  
(Incluyendo medicinas compradas sin necesidad de receta)

Si ha marcado si, escriba los nombres de los medicamentos y cuando en el Embarazo los ha tomado:

---

---

Firma del Paciente

---

Fecha