Lucile Salter Packard Children's Hospital
STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • OB GENETICS CLINIC • PRENATAL GENETIC SCREENING QUESTIONNAIRE
CONSULTAS CLÍNICAS • CLÍNICA DE GENÉTICA OBSTÉTRICA • CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE GENÉTICA PRENATAL

Paciente: _____ Pareja: _____
nombre apellido nombre apellido

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Empleo: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Empleo: _____
mes día año mes día año

Antecedentes de la paciente y su familia

1. ¿Ha padecido usted, su pareja o alguien de sus respectivas familias alguno de los siguientes trastornos?

a. Síndrome de Down	❑ No ❑ Sí	i. Neurofibromatosis	❑ No ❑ Sí
b. Otra anomalía cromosómica	❑ No ❑ Sí	j. Distrofia muscular	❑ No ❑ Sí
c. Defecto del tubo neural (espina bífida, anencefalia)	❑ No ❑ Sí	k. Otro trastorno del sistema nervioso o muscular	❑ No ❑ Sí
d. Trastorno sanguíneo (hemofilia)	❑ No ❑ Sí	l. Enfermedades óseas (enanismo)	❑ No ❑ Sí
e. Fibrosis quística	❑ No ❑ Sí	m. Poliquistosis renal	❑ No ❑ Sí
f. Enfermedad de células falciformes	❑ No ❑ Sí	n. Defecto congénito del corazón	❑ No ❑ Sí
g. Talasemia	❑ No ❑ Sí	o. Paladar o labio hendido	❑ No ❑ Sí
h. Enfermedad de Tay-Sachs o enfermedad de Canavan	❑ No ❑ Sí		

2. ¿Son parientes sanguíneos usted y su pareja, por ejemplo: primos?..... ❑ No ❑ Sí
3. ¿Padece usted o su pareja, o un pariente cercano (su hijo biológico, su mamá o su papá, su hermano o hermana, tía, tío o uno de sus abuelos) alguno de las siguientes:
   a. retraso mental? ..... ❑ No ❑ Sí
      indique la causa, si se sabe: _____
   b. padecimiento genético o anomalía cromosómica no mencionada arriba? ..... ❑ No ❑ Sí
   c. defecto congénito no mencionado arriba? ..... ❑ No ❑ Sí
   d. problema médico grave que le preocupa a usted? ..... ❑ No ❑ Sí

Antecedentes obstétricos

4. ¿Han tenido usted o su pareja:
   a. un bebé que falleció al nacer, poco después de nacer o durante el primer año? ..... ❑ No ❑ Sí
   b. 2 o más abortos *inexplicados* en el 1er trimestre? ..... ❑ No ❑ Sí

Embarazo actual (si es pertinente)

5. ¿Le han hecho un ultrasonido prenatal? ..... ❑ No ❑ Sí
6. ¿Ha utilizado tecnología o ayuda reproductora (inseminación artificial, fertilización in vitro, inyección intracitoplásmica de espermatozoides, diagnóstico genético antes del implante, donante)?..... ❑ No ❑ Sí
7. ¿Ha tomado medicamentos, ingerido drogas o alcohol desde su última menstruación (excluidas las vitaminas prenatales)? ..... ❑ No ❑ Sí
8. ¿Le ha dado diabetes (gestacional, tipo 1 ó 2)? ..... ❑ No ❑ Sí
9. ¿Le han hecho la prueba de detección de translucidez de la nuca (NT) o la prueba ampliada de alfa fetoproteína?..... ❑ No ❑ Sí

Por favor explique si contestó SÍ a alguna de las preguntas anteriores:_____

_____ _____ _____
FIRMA (Paciente, padre, madre o paciente debidamente designado) fecha PARENTESCO con la paciente

DATE: *TIME:*	*Genetic Counselor Signature:*
	***PRINT** Name:*