

Texas Perinatal Group
911 W. 38th Street, Suite #201
Austin, Texas 78705
(512) 459-1131

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Altura: _____ PRE Peso del Embarazo: _____

Cuestionario de Historial Obstétrico

Llene por favor su historia y resultados del embarazo en el cuadro abajo (abortos incluyendo/los abortos ectópico):

Ano	Semanas	Nacimiento Libra/Onza	Aborto/ Aborto Espontáneos	Tipo de Parto	Complicaciones

Por favor escriba las medicaciones que toma actuales (que incluyen sobre el contador, la vitamina y los suplementos herbarios):

Medicaciones Tomadas	Dosis

Información del contacto de la farmacia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Alergias a Medicaciones: _____