

**CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES**  
**MEDICOS DE LA FAMILIA DEL RECIEN NACIDO**

**Aviso: El bebé que usted ha traído hoy puede tener serias necesidades médicas en el futuro que aún no conocemos. Algunas enfermedades, inclusive el cáncer, se pueden tratar mejor si tenemos información sobre los antecedentes médicos de la familia. Además, a veces se debe contar con familiares para tratamientos necesarios para salvarle la vida a una persona. Para asegurarnos de que este bebé tendrá un futuro saludable, es fundamental que colabore con nosotros completando este cuestionario en su totalidad. *Gracias.***

Por favor responda a estas preguntas lo mejor que pueda. Si necesita ayuda para responder, por favor pídala.

Si prefiere llevarse este formulario con usted, le entregamos un sobre para que envíe el formulario completo por correo al hospital.

**Marque una respuesta**

1. Cuando nació el bebé, ¿la madre tenía 35 años de edad o más?

No	Sí	No estoy seguro
----	----	-----------------

*El lugar de origen de los ancestros del bebé a veces puede darnos información importante sobre la salud del bebé.*

2. ¿La familia del bebé es:

a. del sudeste asiático, Taiwán, China o las Filipinas?	No	Sí	No estoy seguro
b. de Italia, Grecia o Medio Oriente?	No	Sí	No estoy seguro
c. afroamericana (negro)?	No	Sí	No estoy seguro
d. latina/hispana/portorriqueña?	No	Sí	No estoy seguro
	No	Sí	No estoy seguro

3. ¿Su familia, o la familia del padre de su bebé, es de origen judío europeo (ashkenazi)?

*Las siguientes preguntas se refieren a los familiares consanguíneos del bebé. Por “familiar consanguíneo” nos referimos a la madre, padre, hermana, hermano, abuelo, abuela, tía, tío, sobrina, sobrino, prima o primo del bebé.*

4. ¿Algún familiar consanguíneo de la familia del bebé es retrasado mental?

No	Sí	No estoy seguro
----	----	-----------------

	<b>Marque una respuesta</b>		
	No	Sí	No estoy seguro
5. ¿El bebé tiene algún familiar consanguíneo que haya tenido un bebé nonato, o un hijo con síndrome de Down?	No	Sí	No estoy seguro
6. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé tiene algún otro problema cromosomático?	No	Sí	No estoy seguro
7. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé nació con			
a. un defecto cardíaco?	No	Sí	No estoy seguro
b. labio leporino y/o el paladar abierto?	No	Sí	No estoy seguro
c. algún otro defecto de nacimiento?	No	Sí	No estoy seguro
8. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé tiene:			
a. cistofibrosis?	No	Sí	No estoy seguro
b. distrofia muscular?	No	Sí	No estoy seguro
c. hemofilia u otra afección hemorrágica?	No	Sí	No estoy seguro
d. la enfermedad de Huntington?	No	Sí	No estoy seguro
9. ¿Alguno de los familiares consanguíneos del bebé tiene una de las siguientes enfermedades o problemas de salud?			
a. presión arterial alta	No	Sí	No estoy seguro
b. diabetes	No	Sí	No estoy seguro
c. cáncer	No	Sí	No estoy seguro
d. una enfermedad pulmonar o problemas para respirar	No	Sí	No estoy seguro
e. una enfermedad o problemas cardíacos	No	Sí	No estoy seguro
f. desórdenes nerviosos o de los nervios	No	Sí	No estoy seguro
g. esquizofrenia	No	Sí	No estoy seguro
h. depresión u otros problemas mentales	No	Sí	No estoy seguro
i. glaucoma u otros problemas de la vista	No	Sí	No estoy seguro
j. problemas auditivos	No	Sí	No estoy seguro

**Marque una respuesta**

seguro

*Las siguientes preguntas se refieren a problemas médicos que podría tener la madre del bebé.*

- |  |    |    |                 |
|--|----|----|-----------------|
| <i>10.</i> ¿Ella tiene diabetes?   | No | Sí | No estoy seguro |
| <i>11.</i> Durante este embarazo, la madre ha tomado:  |    |    |                 |
| a. medicinas para prevenir ataques? (por ejemplo Dilantin, ácido valproico, Depakene, Tegretol, Atretol, Mysoline, Tridione) | No | Sí | No estoy seguro |
| b. litio para la depresión? (por ejemplo Eskalith, Lithobid, Lithonate)  | No | Sí | No estoy seguro |
| c. píldoras (Accutane, isotretinoína) para el acné?  | No | Sí | No estoy seguro |
| <i>12.</i> ¿Ella tuvo algún otro problema o complicación durante su embarazo?  | No | Sí | No estoy seguro |

Número de identificación del bebé: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha en que se completó el formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (opcional): \_\_\_\_\_