



Moustafa M.Hassan, M.D., Director,FACOG  
Mohammed A. Elkousy, M.D.,FACOG  
Marquis Jessie, M.D., FACOG  
Armin Razavi, M.D., FACOG

Accredited with the American Institute of Ultrasound in Medicine  
and by the Fetal Medicine Foundation

**PATIENT GENETIC SCREENING QUESTIONNAIRE**  
**CUESTIONARIO GENÉTICO DEL PACIENTE**

*Por favor complete el siguiente cuestionario para poder brindarle la mejor atención prenatal. Estas preguntas sobre la salud de la familia se aplican a los miembros tanto en su familia como en la familia del adra del bebé. Si no entiende algunas de las preguntas, márqueles con un signo de interrogación y pida ayuda durante su entrevista. Gracias.*

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

LMP/Primer dia de su ultimo periodo menstrual \_\_\_\_\_ EDD/Fecha Estimada de parto \_\_\_\_\_  
Patient DOB/Fecha de Nacimiento de la Paciente(xx/xx/xxxx) \_\_\_\_\_ Age at Delivery/Edad en el Momento del Parto \_\_\_\_\_  
FOB DOB/Fecha de Nacimiento del Padre del Bebé (xx/xx/xxxx) \_\_\_\_\_

Si  No  ¿Ha tenido usted o el padre del bebé en cualquier relación anterior 2 o más pérdidas de embarazo espontáneas, nacimiento de un niño muerto o muerte neonatal?  
***Have you or the baby's father in any previous relationships had 2 or more spontaneous pregnancy losses, a still birth, or neonatal death?***

Si  No  ¿Es este embarazo el resultado de fecundacion n vitro (FIV) o de inseminación intrauterina (IUI)?  
***Is this pregnancy a result of IVF or IUI?***

Si  No  ¿Es este embarazo el resultado de implantación con un óvulo donante o un embrión donante?  
***Is this pregnancy a result of donor egg or donor embryo?***

**¿Ha tenido usted, el padre del bebe o cualquiera de sus familias alguna de las siguientes?**

Si  No  ¿Espina Bifida o Anencefalia (Columna abierta o Crañeo)?  
***Spina bifida or anencephaly (open spine or skull)?***

Si  No  ¿Hemofilia o Cualquier otro Desorden de la Sangre?  
***Hemophilia or other bleeding disorder?***

Si  No  Distrofia Muscular u otro desorden Neuromuscular?  
***Muscular dystrophy or other neuromuscular disorder?***

Si  No  Síndrome de Down u otras anormalidades cromosómicas?  
***Down syndrome or other chromosomal abnormalities***

Si  No  Enfermedad del Riñón?  
***Kidney disease ?***

Si  No  Retraso Mental, Retraso en el Desarrollo. o Autismo?  
***Mental retardation, developmental delay, or autism?***

Si  No  Fibrosis Quística?  
***Cystic fibrosis?***

Si  No  Hidrocefalia (AGUA EN EL CEREBRO)  
***Hydrocephalus (water on the brain)?***

Si  No  Dos o mas Familiares con el mismo Cancer?  
***Two or more relatives with the same cancer?***

Si  No  Problema de Defecto de Nacimiento o hereditario?  
***Birth defect or inherited problem?***

Si  No  Sordera/ inicio temprano de la pérdida de la audición  
***Deafness/early onset hearing loss?***

Si  No  Ceguera/ inicio temprano de la pérdida de la visión  
***Blindness/early onset vision loss?***

Si  No  Diabetes

- Si  No  Fenilcetonuria  
**PKU?**
- Si  No  Epilepsia o El Lupus  
**Epilepsy or Lupus?**
- Si  No  Defecto Cardíaco al nacer  
**Heart defect from birth?**
- Si  No  Usted o Cualquier familiar de sexo femenino a tenido amniocentesis?  
**Have you or any female relative had an amniocentesis?**
- Si  No  ¿Es Usted o el padre del bebé de ascendencia judía, canadiense o cajun?  
**Are you or the baby's father of Jewish, French Canadian or Cajun ancestry?**
- Si  No  ¿?Es usted o el padre del bebé de ascendencia negra o latina? Si, es así,  
¿Alguno de ustedes ha realizado exámenes para detectar la enfermedad de Células falciformes. Cuáles fueron los Resultados de estos exámenes?  
**Are you or the baby's father of Black or Latino ancestry? Have you been screened for sickle cell?**
- Si  No  ¿Es usted o el padre del bebé del descendencia italiana, griega, mediterránea, asiática india, sudoriental, coreana, filipina, china o taiwanesa?  
**Are you or the baby's father Italian, Greek, Mediterranean, Asian Indian, Southeast Asian, Korean, Filipino, Chinese or Taiwanese ancestry?**
- Si  No  Están usted y el padre del bebé relacionados de alguna manera? ( Primos, por ejemplo)  
**Are you and the baby's father related in any way? (cousins for example?)**

**¿Durante este embarazo ha tenido alguno de los siguientes?**

- Si  No  Calambres Uterinos, Sangrado Vaginal (Manchas)  
**Cramping or bleeding?**
- Si  No  Infecciones, erupciones cutáneas, fiebre u otras enfermedades  
**Infections, rashes, fever > 101 or other illness?**
- Si  No  Rayos x, Hospitalización o Cirugía  
**X-rays, hospitalizations or surgery?**
- Si  No  Cigarrillos, Bebidas alcohólicas o Drogas  
**Cigarettes, Alcoholic beverages or "street drugs"?**
- Si  No  Ocupacional, Químico, Otros exposiciones  
**Occupational, chemical, or other exposures?**

Por favor, explique cualquier respuesta afirmativa ( a la que marco "SI"), así como cualquier preocupación que tenga acerca de este bebé, su embarazo, su salud o sus antecedentes familiares que fueron mencionados anteriormente.

---



---



---

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO**

He discutido las preguntas respondidas afirmativamente con la paciente y la paciente quiere que se realicen pruebas genéticas  
Fecha referida: \_\_\_\_\_ Centro genético: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR LA PACIENTE**

Si no desea asesoramiento genético o pruebas genéticas, firme a continuación :

He discutido las preguntas afirmativas (que fueron contestadas "si") con mi médico y entiendo que tengo un mayor riesgo de \_\_\_\_\_ y sé que puedo ser posible diagnóstico fetal afectado, y he decidido no tener pruebas realizadas.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha