



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

Reason(s) for today's appointment:

Motivo (s) de la cita de hoy:

Is this pregnancy a result of reproductive technology? (IVF, IUI, ICSI, donor egg, etc.) yes _____ no _____

¿Es este embarazo es el resultado de tecnología reproductiva? Si _____ No _____

Please list previous pregnancies below in chronological order, beginning with most recent:

Enumere los embarazos anteriores a continuación en orden cronológico, comenzando por el más reciente:

Year Año	Full Term A Termino	Less Than 37 Weeks Menos de 37 Semanas	Terminated Terminado	Miscarriage Aborto espontáneo	Weeks Semanas	Vaginal	C-Section Cesárea	Baby's Weight Peso de Bebe	Baby's Sex Sexo de Bebe	Hour in labor Horas de labor activo

Gynecologic History

Historia Ginecológica

	Yes Si	No	Date Treated Fecha de tratamiento	If yes, explain En caso afirmativo explique
Abnormal pap smears Papanicolaou anormales				
Treatment to cervix Tratamiento del cuello uterino (láser, LEEP, biopsia)				
<i>Herpes</i>				
Gonorrhea, Syphilis, Chlamydia Gonorrea, sífilis, clamidia				
Condyloma (warts) Condiloma (verrugas)				
Ovarian Cysts Quistes en los ovarios				
<i>Cirugía de fibromas o fibromas (miomectomía)</i>				
Pelvic Surgeries Cirugía pélvica				

Height

Estatura: _____

Pre-Pregnancy Weight

Peso antes de embarazo: _____

Social History

Historia Social

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Explique</i>
Do you currently smoke? <i>¿Actualmente fuma cigarrillos?</i>			
Do you currently drink alcohol? <i>¿Bebes alcohol actualmente?</i>			
Do you currently use any street drugs? <i>¿Usa drogas ilegales?</i>			

Medical History

Historia Medica

	Yes <i>Si</i>	<i>No</i>	Date of Diagnosis <i>Fecha de diagnóstico</i>	Medication/Treatment/Explain <i>Medicamento/Tratamiento/Explique</i>
Diabetes <i>Diabetes</i>				
			<i>En caso afirmativo</i>	<i>Nombre de doctor/telefono:</i>
Hypertension <i>Hipertensión</i>				
			<i>En caso afirmativo</i>	<i>Nombre de doctor/telefono:</i>
Thyroid Disease <i>Enfermedad de tiroides</i>				
Rh Negative Blood <i>Sangre Rh negative</i>				
Blood Transfusion <i>Transfusión de sangre</i>				
Clotting Disorder/History of blood clot <i>Trastorno de la coagulación, antecedentes de coágulos sanguíneos</i>				
Bleeding Disorder <i>Desorden sangrante</i>				
Depression/Anxiety <i>Trastornos de depresión / ansiedad</i>				
Seizure Disorder, headaches, migranes <i>Trastorno convulsivo, dolores de cabeza, migrañas.</i>				
Asthma <i>Asma</i>				
Heart Disease <i>Cardiopatía</i>				
Eating Disorder <i>trastorno alimentario</i>				
Stomach problem, obesity surgery, eating disorder <i>Problema de estómago, cirugía de obesidad</i>				
Gallstones or Gall Bladder problem <i>Problemas de cálculos biliares o vesícula biliar</i>				
Kidney disease, stones <i>Enfermedad renal, cálculos renales</i>				
Liver disease, hepatitis, jaundice <i>Enfermedad hepática, hepatitis, ictericia</i>				
Arthritis, rheumatism, bone or joint problems, Lupus <i>Artritis, reumatismo, problemas de huesos o articulaciones, lupus</i>				
Tuberculosis, Positive PPD <i>Tuberculosis, PPD positivo</i>				

Cancer <i>Cáncer</i>				
--------------------------------	--	--	--	--

Medications (including vitamins and supplements)

Medicamentos (incluyendo vitaminas y suplementos)

Medication Name <i>Nombre de Medicamento</i>	Dose <i>Dosis</i>	Times Taken Daily <i>Veces tomados diariamente</i>	Date Started <i>Fecha Iniciado</i>

LIST ALL DRUG ALLERGIES (CHECK HERE IF NONE _____)

LISTA DE TODAS LAS ALERGIAS A DROGAS (MARQUE AQUÍ SI NINGUNA _____)

Medication Name <i>Nombre de Medicamento</i>	Reaction: (Itching, Nausea, Hives, Shock) <i>Reacción: (picazón, náuseas, colmenas, shock)</i>	Complications, if any <i>Complicaciones, si las hay</i>

LIST ALL SURGERIES BEGINNING WITH MOST RECENT (CHECK HERE IF NONE _____)

ANOTE TODAS LAS CIRUGÍAS QUE COMIENZAN CON LAS MÁS RECIENTES (MARQUE AQUÍ SI NINGUNA _____)

Procedure Performed <i>Procedimiento Realizado</i>	Year <i>Año</i>	Complications, if any <i>Complicaciones, si las hay</i>