



Cuestionario Para Ultrasonido Obstetrical

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Fecha de su ultima regla: _____

Tuvo una prueba de embarazo reciente? Si No Por medio de: Sangre Orina

Numero de embarazos incluyendo este: _____

Numero de Malpartos/Abortos: _____

Numero de embarazos completos: _____

Parto vaginal o cesaria? _____

Tiene dolor de Estomago/Pelvico? Si No

Tiene Diabetes? Si No

Fumausted? Si No

Esta tomando medicina incluyendo anticonceptivos? Si No Quetipo? _____

Esta sangrando? Si No

Por favor explique: _____

Hay alguien en su familia con defectos congenitos? Si No

Por favor explique: _____

Ha tomado medicina para la infertilidad? Si No Cuando? _____

Ha tenido un ultrasonido anterior para este embarazo? Si No Donde? _____

Este examen algunas veces require examinasion transvaginal que ayuda a obtener imagenes claras para majores resultados. Este examen es realizado por sonografistas profesionales y educados. Si tiene alguna pregunta por favor de comunirse con la recepcionista.