Cuestionario de salud: mujeres en posparto

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Edad: _____ Altura: _____ Aumento de peso prenatal:_____ Fecha de parto: _____

Por favor responda las siguientes preguntas.

1. Por favor describa el parto y nacimiento de su bebé.

2. ¿Cómo describiría su salud?

3. En el embarazo que acaba de terminar, ¿cuántos bebés tuvo?

4. ¿Tuvo parto por cesárea?

   ☐ Sí ☐ No

5. ¿Nació su bebé antes de término?

   ☐ Sí, nació durante la semana 37 o antes.

   ☐ No, nació después de la semana 37.

6. ¿Cuánto pesó su bebé al nacer? _____ libras _____ onzas

Siga al dorso ⇨

7. ¿Tiene usted algún problema médico o de salud?

   □ Sí (por favor describa) _____

   □ No

8. ¿Toma usted algún medicamento?

   □ Sí (por favor enumere) _____

   □ No

9. ¿Fuma usted cigarrillos?

   □ Sí. ¿Cuántos por día? _____

   □ No

10. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar, fuma dentro de la casa?

    □ Sí □ No

11. ¿Bebe usted normalmente dos o más tomas de cerveza, vino o licor fuerte por día?

    □ Sí □ No

12. ¿Ha usado alguna droga desde que nació su bebé?

    □ Sí □ No