



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Nombre de la pareja: _____
Fecha de nacimiento: _____ Empleo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Empleo: _____

Antecedentes de la paciente y su familia

1. ¿Su familia, o la familia del padre de su bebé procede de alguno de los siguientes grupos étnicos?

a. Sudeste asiático, taiwanés, chino o filipino	No	Sí
b. Italiano, griego, de oriente medio o del subcontinente indio	No	Sí
c. Africano o afroamericano (negro)	No	Sí
d. Judío	No	Sí
e. Cajún o francocanadiense	No	Sí
f. Caucásico	No	Sí
g. Hispano. Si es de origen hispano, ¿de qué país? _____	No	Sí
 2. ¿Son parientes sanguíneos (por ejemplo, primos) usted y el padre de su bebé? No Sí
 3. ¿Ha tenido usted, el padre de su bebé o alguien de sus respectivas familias alguna de las siguientes condiciones?

a. Anomalías cromosómicas (por ejemplo, síndrome de Down)	No	Sí
b. Anomalía congénita del tubo neural (espina bífida, anencefalia)	No	Sí
c. Trastorno sanguíneo (por ejemplo: hemofilia, anemia de células falciformes, talasemia, problemas de coagulación)	No	Sí
d. Trastorno nervioso o muscular (por ejemplo: neurofibromatosis, distrofia muscular)	No	Sí
e. Trastorno de los huesos o del esqueleto (por ejemplo: enanismo)	No	Sí
f. Fibrosis quística (una enfermedad de los pulmones)	No	Sí
g. Anomalías de riñón	No	Sí
h. Defecto congénito de corazón	No	Sí
i. Paladar o labio hendidado	No	Sí
j. Discapacidad intelectual/autismo/retraso en el desarrollo	No	Sí
k. Un bebé que falleciera al poco de nacer o durante la infancia	No	Sí
l. Un bebé que falleciera en útero, o dos o más abortos espontáneos	No	Sí
m. Necesidad de una cirugía antes de cumplir un año	No	Sí
n. Cáncer en la infancia, adolescencia o primera juventud	No	Sí
o. Ceguera o sordera no relacionada con la edad avanzada	No	Sí
p. Alguna condición genética no mencionada arriba _____	No	Sí
q. Alguna anomalía congénita no mencionada arriba _____	No	Sí
r. Algún problema médico que le preocupe _____	No	Sí
 4. ¿Le han hecho a usted o al padre de su bebé alguna prueba genética (por ejemplo: para detectar fibrosis quística, enfermedad de Tay-Sachs, de Canavan o de células falciformes)? De ser así, especifique cuál No Sí
- Historial médico de su embarazo actual (si es pertinente)
5. ¿Fue iniciado este embarazo mediante fertilización in vitro o por algún otro medio de tecnología reproductiva? No Sí De ser así, especifique cuál: esperma procedente de un donante óvulo procedente de una donante (edad de la _____ donante) inyección intracitoplásmica de espermatozoides (IICE) otro: _____
 6. ¿Ha tomado medicamentos (aparte de vitaminas) o ha consumido alcohol, drogas recreativas o tabaco? No Sí
 7. ¿Tiene usted diabetes (gestacional, tipo 1 o tipo 2)? No Sí
 8. ¿Le han hecho el análisis de sangre del programa de diagnóstico prenatal de California? De ser así, ¿cuándo? No Sí
 9. ¿Le han hecho una prueba de ADN fetal libre de células (pruebas no invasivas de diagnóstico prenatal: NIPT o NIPS, porsus siglas en inglés)? De ser así, ¿cuándo? _____ No Sí
 10. Si contestó que sí a alguna de las preguntas de arriba, explique su respuesta: _____

FIRMA (Paciente, padre o madre, o representante debidamente designado)

FECHA: _____

FECHA:	HORA:	Genetic counselor signature
		PRINT name: