

MARTIN LUTHER KING JR. COMMUNITY HOSPITAL

EVALUACIÓN DE ALTO RIESGO

Este formulario nos ayudará a entender si usted tiene un embarazo de alto riesgo. Por favor llene el formulario y hable con su enfermera.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

1. ¿Recibe atención prenatal? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

2. ¿Toma algún medicamento que no sea vitaminas prenatales y hierro? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

3. ¿Su médico le ha dicho que tiene un embarazo de alto riesgo? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

4. ¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? SÍ NO

5. ¿Ha sido internada en un hospital por cualquier otro motivo que no sea un parto? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

6. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía en el útero? SÍ NO

STAFF USE ONLY

Approved for delivery YES NO

Approved by _____



Martin Luther King, Jr.
Community Hospital