Resource ID#: 33

SUMMARY OF PREVIOUS PREGNANCIES

Total # _____ Full Term _____ Prematures _____

Abortion/Miscarriages _____ Now Alive _____

	Mo/Yr	Gest	Labor	Wt	Hosp	Complications*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

*Explain Maternal/Child Complications: _____

PAST MEDICAL/SURGICAL HISTORY:

Medications:

Allergies: Transfusions:

Childhood Illnesses: TB Exposure:

Smoke: Alcohol:

Other Drugs:

Field Work in Past 6 Months: ☐ Yes ☐ No

FAMILY HISTORY:

Twins: Diabetes:

Congenital Anomalies: Other:

GYN HISTORY:

Menarche: Freq:

Duration: Birth Control:

PID: GC:

Herpes: UTI's:

Syphilis:

LIST OF CLINICS VISITED/LISTA DE CLINICAS VISITADAS

Address, Telephone Number/Dirección, Número de teléfono

En caso de emergencia, avisele a:/In case of emergency call:

PLAN FOR DELIVERY:

Distributed By:

MIGRANT CLINICIANS NETWORK

2512 SOUTH IH-35, SUITE 220 AUSTIN, TEXAS 78704 (512) 447-0770 (800) 531-5120

Please send results of pregnancy outcome to MCN:

Date of Birth: _____ Wt: _____ Sex: _____

Apgars 1 min ____ 5 min ____

Gestation: _____ Complications: _____

Portable Health Record - OB/GYN

(Prenatal Record)

Este documento contiene información importante acerca de su salud y la del bebé que viene. Por eso, debe llevarlo con Ud. cada vez que vaya a una visita prenatal.

Al revés de esta tarjeta se encuentra una lista de citas para Ud. El asistir a cada una de ellas es importante para asegurar la buena salud de Ud. y del bebé.

Como el crecimiento y desarrollo saludable del bebé depende de las actividades diarias y costumbres suyas, todo lo que Ud. come y bebe lleva mucha importancia. El fumar, el beber alcohol y el uso de medicinas le pueden hacer daño al bebé antes de nacer. Así es que debe consultar con su médico o enfermera antes de tomar alguna medicina.

Si se presentan cualquiera de los siguientes síntomas llamele a su médico o enfermera inmediatamente, no lo deje para la próxima cita:

1) Empezar a vomitar demasiado.
2) Sangrado por la vagina.
3) Fuerte dolor de cabeza, vista nublada o se le hinchan demasiado las manos y la cara.
4) Rompimiento de la bolsa del agua.
5) No puede sentir ningunos movimientos del bebé.
6) El bebé casi nunca se mueve.
7) Los dolores vienen regularmente cada quince minutos.

This document contains important information about your health and your baby-to-be. That is why you should take it with you each time you go for a prenatal visit.

On the back of this card is a list of your appointments. Attending each one of them is important in order to assure your good health and that of your baby.

Since the healthy growth and development of your baby depends on your daily activities and lifestyle, everything that you eat and drink carries a great deal of importance. Smoking, drinking alcohol, and taking medicines can harm your baby before birth. That is why you should consult your doctor or nurse before taking any medicine.

If any of the following occur, do not wait for your next appointment—contact your health care provider immediately:

1) Excessive vomiting.
2) Vaginal bleeding.
3) Develop severe headaches, blurred vision, and/or excessive swelling of the hands or face.
4) Bag of water breaks.
5) Cannot feel fetal movement or markedly reduced fetal movements.
6) Regular contractions at 15-minute intervals.

PERMISO PARA PEDIR Y OBTENER INFORMACION MEDICA:
Entiendo que las direcciones y números de teléfono de todas las clínicas que he visitado para cuidado prenatal están escritos en este documento. Si es necesario que esta clínica pida información de alguna otra clínica que está en la lista, aquí firmo que doy permiso a cualesquiera de estas clínicas de dar la información pedida.

PERMISSION TO REQUEST AND OBTAIN MEDICAL INFORMATION:
I understand that the addresses and telephone numbers of all the clinics I have visited for prenatal care are written on this document. If it is necessary that a clinic request information from another clinic on this list, I hereby, with my signature, give permission to any of these clinics to release the information requested.

Firma / Signature _____ Fecha / Date _____

DATE	Estimated Gestational Age	Weight	Blood Pressure	Urine: Sugar/Albumin	Fundal Height	Fetal Heart Tones	Position	Edema	Cervix: Dilation/ Station/Effacement

PATIENT EDUCATION

(Fill in date discussed)

Nutrition	Drugs/Alcohol	Danger Signs	Exercise	Hygiene	Labor Preparation	Fetal Growth	Child Care	Car Seat	Job Hazards	Infant Feeding	Family Planning	Tooth Decay	Periodontal Problems	Post Partum Depression

PROBLEM LIST

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

TREATMENT AND REMARKS — INITIALS

_____ _____

NAME: _____ Birthdate: _____

LMP: _____ EDC: _____ Revised EDC: _____

Preg Test: _____ Type: _____ Quickening: _____

Songrams: 1. _____

2. _____

PHYSICAL EXAM:

Date: _____ Height: _____ Weight: _____

BP: _____ Heent: _____ Thyroid: _____

Breasts: _____ Lungs: _____ Heart: _____

Fundal Height: _____ Extremities: _____

PELVIC EXAM:

Vulva: _____ Vagina: _____ Perineum: _____

Cervix: _____ Uterus: _____ Adnexa: _____

Pelvis: _____ Adequate: ☐ Yes ☐ No

LAB DATA:

Blood Type: _____ Rh: _____

Antibody Screen: 1. _____ 2. _____

VDRL: Rubella:

HCT/Hb 1. _____ Date _____

2. _____ Date _____

3. _____ Date _____

PAP Smear: _____ TB: _____

GC Culture: _____ Urine Culture: _____

1 Hr. Blood Glucose: _____ Date _____

AFP: _____ RHOGAM _____

HIV: _____ Other: _____

MEDICATIONS:

DATE	Rx	DIAGNOSIS