

Registro el parto en Hospital.

Geburtsanmeldung

Datos básicos

Basisdaten:

Número de teléfono: Telefonnummer:	Deseos gratuitos/seguro privado/complementario privado Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden	Contacto/Acompañamiento durante el parto: Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt Nombre: Name: Número de teléfono: Telefonnummer:
Altura Größe: Peso antes del embarazo: Gewicht vor der Schwangerschaft: Peso actual Aktuelles Gewicht:	☐ Habitación familiar Familienzimmer ☐ Habitación individual 1-Bett ☐ Habitación con dos camas 2-Bett ☐ Tratamiento por el médico jefe Chefarztbehandlung	Matrona Hebamme:
☐ Casado verheiratet ☐ Soltero alleinstehend	☐ En pareja in fester Partnerschaft ☐ Divorciado geschieden	Ginecólogo(-a): Frauenärztin/Frauenarzt:

Su embarazo

Ihre Schwangerschaft

	No Nein	Sí Ja		No Nein	Sí Ja
¿Los resultados de la prueba de glucosa oral fueron anormales? War ihr Zuckertest auffällig?	☐	☐	¿Han recibido la vacuna contra la tos ferina? Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	☐	☐
¿Tiene la presión arterial alta? Haben Sie erhöhten Blutdruck?	☐	☐	¿Han recibido la vacuna contra RSV? Impfung gegen RSV erhalten?	☐	☐
¿Desea amamantar? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	☐	☐	¿Han recibido la vacuna contra la gripe (influenza)? Impfung gegen Grippe erhalten?	☐	☐
¿Fuman o consumen drogas? ¿Que und cuánto al día? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	☐	☐	¿Toma habitualmente los medicamentos? En caso afirmativo ¿cuales? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	☐	☐

Anteriores embarazos y partos

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	No Nein	Sí Ja		No Nein	Sí Ja
¿Ha tenido ya algun parto/ os? Haben Sie schon Kinder geboren?	☐	☐	Aborto espontaneo o nacido muerto? Fehlgeburten oder Totgeburten ?	☐	☐
Abort? Schwangerschaftsabbruch?	☐	☐	En caso afirmativo ¿qual semana de embarazo? Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
Embarazo ectópico (tubárico) ? Eileiter-Schwangerschaft ?	☐	☐			

Por favor, cuéntenos informaciones sobre sus partos.

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Año Jahr	Hospital Krankenhaus	Sema na de embar azo SSW	Manera de parto Art der Entbindung	Peso de nacimiento Geburts- Gewicht	Desgarro perineal o la episiotomia Dammriss oder Dammsschnitt	Complicationes (por ej. Sangrados) Komplikationen (z.B. Blutungen)	¿Fue amamantado ? gestillt
			☐ espontáneo/ natural Spontan ☐ venosa Saugglocke ☐ fórceps Zange ☐ cesárea Kaiserschnitt		☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja
			☐ espontáneo Spontan ☐ venosa Saugglocke ☐ fórceps Zange ☐ cesárea Kaiserschnitt		☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja
			☐ espontáneo Spontan ☐ venosa Saugglocke ☐ fórceps Zange ☐ cesárea Kaiserschnitt		☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja
			☐ espontáneo Spontan ☐ venosa Saugglocke ☐ forceps Zange ☐ cesárea Kaiserschnitt		☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja	☐ No Nein ☐ Sí Ja

Para más partos, for favor, solicite una hoja adicional ☺

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ☺

¿Hay algo especial en el niño? Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? ¿Qales? Welche?	☐ No Nein	☐ Sí Ja
--	---	---------------------------------------

Su propia historia clínica (enfermedades preexistentes independientemente del embarazo)

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	No Nein	Sí Ja		No Nein	Sí Ja
Alergias/intolerancia medicamentosa Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	☐	☒ *	Tendencias hemorrágicas Blutungsneigung	☐	☒ *
Displasia de cadera Hüftdysplasie	☐	☐	Tendencia de la trombosis Thromboseneigung	☐	☒ *
Diabetes Diabetes mellitus	☐	☐	Anemia Anämie (Blutarmut)	☐	☐
Hipertensión Bluthochdruck	☐	☐	Migraña Migräne	☐	☐
Enfermedades cardiacas Herzerkrankung	☐	☒ *	Epilepsie Epilepsie	☐	☐
Enfermedades renales Nierenerkrankung	☐	☒ *	Depresión Depression	☐	☐
Enfermedades pulmonales Lungenerkrankung / Asthma	☐	☒ *	Enfermedades mentales Psychische Erkrankungen	☐	☒ *
Enfermedades de tiroides Schilddrüsenerkrankung	☐	☒ *	Enfermedades infecciosas crónicas Chronische Infektionserkrankung	☐	☒ *
Enfermedades del hígado Lebererkrankung (Hepatitis)	☐	☒ *	Enfermedades cancerosas (por ej. cáncer de mama) Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	☐	☒ *

Detalles

*Details

¿A qué es alergico? Wogegen sind Sie allergisch?
¿De qué enfermedades se trata? Um welche Erkrankungen handelt es sich?
¿Ha sufrido alguna vez trombosis o embolia? Hatten Sie bereits eine Thrombose?
¿Se les realizado analisis de transtornos de coagulación de la sangre? Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?
¿Han recibido alguna vez una transfusión de sangre? Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?

¿Esta en tratamiento médico o terapéutico permanente? Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	☐ No Nein	☐ Sí Ja en: bei:
¿Han experimentado en su vida experiencias traumáticas o violencia física? Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	☐ No Nein	☐ Sí Ja ¿Quieren hablar de esto? Möchten Sie mit uns darüber sprechen? ☐ No Nein ☐ Sí Ja

Operaciónen

Operationen

	No Nein	Sí Ja		No Nein	Sí Ja
Apendectomia Blinddarm	☐	☐	Legrado o curetaje uterino (por ej. despues un Abort) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	☐	☐
Laparoscopia Bauchspiegelung	☐	☐	Conisation el cuello uterino Konisation am Gebärmutterhals	☐	☐
Las operaciones de pecho (por ej. cancer de mama, aumentan o reducción de pecho, implantes) Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	☐	☐	Operaciónes abdominales (por ej. abdominoplastia, estómago o colon) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	☐	☐
Otras operaciónen Andere Operationen	☐	☐	¿Quale? welche?		
¿Hubo problemas con la anestesia? Probleme bei Narkosen	☐	☐	¿Quales? welche?		

Antecedentes familiares

Familienanamnese

	No Nein	Sí Ja	¿Que enfermedades y en quiénes? Welche und bei Wem?
¿Hazy algunas enfermedades en la familia? Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (por ej. Diabetes, alta tension, enfermedades genéticas, malformaciones, depressiones, displasia de cadera= (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	☐	☐	