**¿Preparada? Sólo 10 minutos te separan de tu plan de prevención de complicaciones en el embarazo. ¡A por ello!**

1. **¿Qué edad tienes?**

* Edad:

1. **Por favor, especifica tu altura (en centímetros) y peso (en kilogramos)**

* Peso: kgs
* Altura: cms

1. **Origen étnico. ¿Con cuál de los siguientes te identificas mejor?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Asiático * Raza blanca | * Oriente Medio/árabe * Nativo americano | * Raza negra * Latino | * Otro |

1. **¿Has estado previamente embarazada?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Primer embarazo ó pérdida gestacional menor 20 semanas * Pérdida gestacional > 20 semanas | * 1 parto * 2 partos * 3 ó más partos |

1. **¿Has precisado de técnicas de fertilización in-vitro/reproducción asistida para tu actual embarazo?**

* Sí
* No
* No estoy embarazada actualmente

1. **¿Es su embarazo actual múltiple? (2 ó más embriones/fetos)**

* Sí
* No
* No estoy embarazada actualmente

1. **¿Has sido previamente diagnosticada de una trombosis venosa profunda Y estás actualmente tomando algún tratamiento anticoagulante?**

* Sí, he sido diagnosticada de trombosis venosa profunda **Y** estoy actualmente en tratamiento anticoagulante.
* No, no estoy en tratamiento anticoagulante para una trombosis venosa profunda previa.

1. **¿Has sido previamente diagnosticada de una deficiencia de antitrombina ó síndrome antifosfolípido trombótico?**

* Sí, he sido diagnosticada de deficiencia de antitrombina ó síndrome antifosfolípido trombótico.
* No, no he sido diagnosticada de deficiencia de antitrombina ó síndrome antifosfolípido trombótico.

1. **¿Ha sido previamente diagnosticada de una trombosis venosa profunda para la cual precisó tratamiento anticoagulante en el pasado? Especifique si la tuvo después de una cirugía.**

* Sí, fui diagnosticada de trombosis venosa profunda **Y NO** estoy actualmente en tratamiento anticoagulante *(La causa de la trombosis fue una* ***cirugía reciente****)*
* Sí, fui diagnosticada de trombosis venosa profunda **Y NO** estoy actualmente en tratamiento anticoagulante *(La causa de la trombosis* ***es desconocida u otra diferente a una cirugía****)*
* No, no he tenido nunca una trombosis venosa profunda.

1. **¿Has sido previamente diagnosticada de alguna de las siguientes trombofilias? Por favor, especifica cual/cuales:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Factor homocigoto V Leiden      * Factor heterocigoto V Leiden | * Mutación homocigota del gen de la protrombina * Mutación heterocigota del gen de la protrombina | * Deficiencia de proteína C * Deficiencia de proteína S * Síndrome antifosfolípido obstétrico |

1. **¿Has sido previamente diagnosticada de alguna de las siguientes patologías? Por favor, especifica cual/cuales:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Cáncer activo (especificar): ………………………. * Anemia falciformes o Talasemia * Otra hemoglobinopatía * Enfermedad renal crónica | * Lupus eritematoso sistémico activo * Síndrome nefrótico (patología renal) activo * Hipertensión arterial crónica (pre-embarazo) * Enfermedad inflamatoria intestinal activa * Poliartritis inflamatoria activa | * Insuficiencia cardíaca activa * Síndrome antifosfolípido obstétrico/trombótico * Síndrome de ovarios poliquísticos * Hepatitis C crónica * Hígado graso no-alcohólico * Diabetes Mellitus tipo I * Diabetes tipo 1 con afectación renal * Diabetes Mellitus tipo 2 | * Patología tiroidea previa con tratamiento actual * Hipotiroidismo subclínico * Tratamiento previo con yodo radioactivo * Tiroidectomía previa * Bocio * Tiroiditis previa * Patología inflamatoria/cirugía previa que afecta absorción del hierro (celiaquía, infección actual H Pilori ó enfermedad inflamatoria intestinal) |

1. **¿Has sido presentado/presentas alguna de las siguientes? Por favor, especifica cual/cuales:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Inmovilidad (Silla de ruedas, paraplejia) * Positividad persistente de anticuerpos antifosfolípidos * Positividad de anticuerpos antitiroideos * Usuaria de drogas endovenosas actual * Varices venosas gruesas palpables * Fumadora actual * Preeclampsia en el embarazo actual * Hiperémesis gravídica en el embarazo actual  |  |  | | --- | --- | |  |  | | * Intervalo entre embarazos > 10 años * Intervalo entre embarazos < 1 año * Resistencia a la insulina ó prediabetes * En tratamiento actual con corticoides ó antipsicóticos * Embarazo previo en el cual su hijo pesó >4,5 kg * Historia de alteración de enzimas del hígado con anticonceptivos orales * Has precisado de tratamiento endovenoso con hierro previo. * Sigues una dieta vegetariana o vegana * Historia reciente de sangrado importante |

1. **¿Has sido presentado alguno de los siguientes en embarazos previos? Por favor, especifica cual/cuales:**

* Preeclampsia o hipertensión arterial crónica
* Diabetes gestacional
* Hiperémesis gravídica
* Hipotiroidismo / hipertiroidismo
* Anemia
* Colestasis intrahepática
* Ninguno de los anteriores
* No he estado embarazada previamente

1. **¿Tienes antecedentes familiares (padres, herman@s o hij@s) de alguna de las siguientes patologías?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Trastorno tiroideo autoinmune familiar * Preeclampsia | * Trombofilia genética (incluyendo factor V Leiden, mutación del gen de la protrombina, proteína C o S) familiar | * Madre/hermanas ó hijas con colestasis intrahepática * Trombosis venosa profunda | * Madre/hermanas ó hijas con diabetes mellitus * Madre/hermanas ó hijas con hiperémesis gravídica |

1. **Evaluación de bienestar mental durante el embarazo. Por favor, especifica cual/cuales de las siguientes se cumplen en tu situación actual.**

* Has sido diagnosticada de patología psiquiátrica previa ó actual incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo ó trastorno alimentario (como bulimia o anorexia), entre otros
* Estás en tratamiento psiquiátrico actual con fármacos (incluyendo antidepresivos, antipsicóticos, estabilizantes del humor, medicamentos estimulantes o medicación para ansiedad, entre otras)
* Has presentado intento(s) de suicidio previo
* Tienes una historia previa de psicosis, depresión o ansiedad (incluyendo embarazos previos y postparto)
* Tienes historia familiar (padres, herman@s o hij@s) de patología mental (incluyendo psicosis postparto, trastorno bipolar, ansiedad ó depresión)
* Tienes problemas de convivencia con su pareja actual
* Tienes problemas económicos actuales
* Tienes escaso o ningún apoyo familiar ó de amistades en los que apoyarse para el cuidado de tu bebé
* Embarazo actual no deseado.

1. **¿Ha sufrido en el último mes de forma regular (3 ó más días a la semana) de alguna de las siguientes situaciones? Especifique cual/cuales:**

* Tienes dificultad para concentrarte.
* Te enfadas fácilmente ó estás más irritable.
* Tienes dificultad para dormir por la noche.
* Te has sentido constantemente al límite.
* Te sientes ansiosa o nerviosa.
* No puedes parar de pensar repetidamente en lo mismo.
* Tienes miedo a que algo malo ocurra en tu embarazo.
* Presentas pensamientos negativos constantemente.
* Tienes sentimiento de culpa por lo problemas que presentas actualmente.
* Pérdida de interés por la gente que te rodea o las actividades de la vida rutinaria.
* Te sientes triste, baja de ánimo o con más facilidad para llorar.