



CUESTIONARIO PARA EMBARAZADAS

Nombre: _____

Fecha: _____

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Este es mi primer embarazo |
| <input type="checkbox"/> | 2. Estoy recibiendo atención prenatal de un médico o en una clínica |
| <input type="checkbox"/> | 3. Soy fumadora |
| <input type="checkbox"/> | 4. Soy consumidora de alcohol habitual |
| <input type="checkbox"/> | 5. Tengo intención de amamantar o he amamantado a otros hijos |
| <input type="checkbox"/> | 6. He padecido en otros embarazos o padezco en este embarazo diabetes |
| <input type="checkbox"/> | 7. He padecido en otros embarazos o padezco en este embarazo problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> | 8. He padecido en otros embarazos o padezco en este embarazo problemas circulatorios |
| <input type="checkbox"/> | 9. He padecido en otros embarazos o padezco en este embarazo hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> | 10. He padecido en otros embarazos o padezco en este embarazo síntomas vasovagales (hipotensión, mareos, pérdida de conciencia) |
| <input type="checkbox"/> | 11. He padecido en otros embarazos o padezco en este embarazo problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> | 12. Sufro actualmente problemas en el aparato locomotor |
| <input type="checkbox"/> | 13. He tenido previamente o tengo actualmente problemas de incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> | 14. Conozco los cuidados específicos y el tipo de trabajo que debo realizar para prevenir trastornos del suelo pélvico |
| <input type="checkbox"/> | 15. He realizado o realizo actualmente alguna actividad deportiva |