

# CUESTIONARIO DE DETECCIÓN GENÉTICA

**ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER LLENADO POR LA MADRE Y EL PADRE DEL BEBÉ QUE ESTÁ POR NACER (PADRES BIOLÓGICOS)**

**MARQUE UNA  EN LA CASILLA 'S' PARA CONTESTAR 'SI'; MARQUE UNA  EN LA CASILLA 'N' PARA CONTESTAR 'NO'**

S N

**¿TENDRÁ LA MADRE 35 AÑOS DE EDAD O MÁS CUANDO NAZCA EL BEBÉ?**

EDAD DE LA MADRE PARA LA FECHA PROBABLE DE PARTO \_\_\_\_\_.

S N **INDIQUE SI LA MADRE, EL PADRE O ALGÚN PARIENTE DEL BEBÉ QUE ESTÁ POR NACER HA PADECIDO LO SIGUIENTE:**

- SÍNDROME DE DOWN O MONGOLISMO  
  DEFECTO DEL TUBO NEURAL, ESPINA BÍFIDA, MENINGOMIELOCELE (ESPINA ABIERTA) O ANENCEFALIA  
  TRASTORNOS SANGUÍNEOS O HEMORRÁGICOS (HEMOFILIA, TALAEMIA, ANEMIA DREPANOCÍTICA)  
  TRASTORNOS MUSCULARES O NERVIOSOS (DISTROFIA MUSCULAR, DISTROFIA MUSCULAR MIOTÓNICA, COREA DE HUNTINGTON)  
  FIBROSIS QUÍSTICA, ENFERMEDAD DE TAY SACHS, ENFERMEDAD DE CANAVAN, ENFERMEDAD DE GAUCHER, ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK, SÍNDROME DE BLOOM, ANEMIA DE FANCONI  
  ALGÚN TRASTORNO CROMOSÓMICO, DEFECTO CONGÉNITO O ANOMALÍA ESTRUCTURAL FACIAL, TAL COMO EL PALADAR HENDIDO  
  RETRASO, AUTISMO O SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL  
  ENFERMEDADES RENALES, LABIO LEPORINO O PALADAR HENDIDO, DEFECTOS CARDÍACOS  
  BEBÉ QUE MURIÓ AL NACER O MURIÓ DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA  
  DIFICULTAD PARA CONCEBIR O PARA MANTENER UN EMBARAZO; 2 Ó MÁS ABORTOS ESPONTÁNEOS

S N **INDIQUE SI, INMEDIATAMENTE ANTES DEL EMBARAZO O DURANTE EL MISMO, LA MADRE DE ESTE BEBÉ:**

- HA TOMADO ALGUNA MEDICINA (LITIO, ACCUTANE®, ANTICONVULSIONANTES U OTRAS)  
  HA CONSUMIDO DROGAS (COCAÍNA, ALCOHOL, MARIHUANA, CIGARRILLOS, TABACO, ANFETAMINAS, BARBITÚRICOS U OTRAS)  
  HA ESTADO EXPUESTA A RAYOS X O QUÍMICOS EN EL HOGAR O EN EL TRABAJO  
  HA PADECIDO O HA ESTADO EXPUESTA A ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA  
  HA TENIDO FIEBRE DE MÁS DE 101 °F (38.3 °C) O ERUPCIONES EN LA PIEL  
  HA ESTADO EXPUESTA A EXCREMENTOS DE GATO ORIENTACIÓN SOBRE TOXOPLASMOIS \_\_\_\_\_.

S N **INDIQUE SI LA MADRE O EL PADRE DE ESTE BEBÉ O ALGÚN OTRO PARIENTE:**

- ES DE ORIGEN ASHKENAZI JUDÍO, CAJUN, O FRANCOCANADIENSE  
  TIENE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE TAY-SACHS EN LA FAMILIA SE INDICÓ REALIZAR PRUEBA DE TAY-SACHS \_\_\_\_\_.  
  ES DE ORIGEN AFROAMERICANO O HISPANO  
  TIENE ANTECEDENTES DE ANEMIA DREPANOCÍTICA EN LA FAMILIA SE INDICÓ REALIZAR PRUEBAS DE ANEMIA DREPANOCÍTICA \_\_\_\_\_.  
  ES DE ORIGEN MEDITERRÁNEO, ASIÁTICO, DEL ORIENTE MEDIO, ITALIANO U ORIENTAL  
  TIENE ANTECEDENTES DE TALAEMIA EN LA FAMILIA

S N

**¿ESTÁN LA MADRE Y EL PADRE DEL BEBÉ GENÉTICAMENTE RELACIONADOS (SON PRIMOS O PARIENTES CONSANGUÍNEOS)?**

S N

**¿LA MADRE O EL PADRE DE ESTE BEBÉ PADECE DE HERPES O ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?**

**HE DISCUTIDO LAS PREGUNTAS ANTERIORES CON EL MÉDICO. HE RECIBIDO RESPUESTA SATISFACTORIA PARA TODAS LAS PREGUNTAS. SE ME RECOMIENDA ENCARECIDAMENTE QUE BUSQUE ORIENTACIÓN GENÉTICA ADICIONAL. SE ME HA OFRECIDO REALIZAR LA AMNIOCENTESIS.**

S N

Se decidió buscar orientación genética adicional \_\_\_\_\_

S N

SE DECIDIÓ REALIZAR LA AMNIOCENTESIS \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN GENÉTICA 6/11/2007

Miami Beach Community Health Center  
710 Alton Road, Miami Beach, FL 33139  
1221 71<sup>st</sup> Street, Miami Beach, FL 33141