

EVALUACION PRELIMINAR DE GENETICA PRENATAL

NOMBRE _____ FECHA _____

1. Tendrá usted 35 años o más cuando nazca su bebé? SI ____ NO ____
2. Usted, su esposo o alguien en sus familias han padecido de los siguientes desórdenes?
*Síndrome de Down (mongolismo) SI ____ NO ____
*Alguna otra anomalía cromosómica SI ____ NO ____
*Defecto del Tubo Neural/Espina Bífida (meningomyelocele o espina abierta, anencefalia) SI ____ NO ____
*Distrofia Muscular SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique la relación/parentesco que tiene la persona afectada con usted o el padre de su bebé: _____
3. Padece usted o el padre de su bebé algún defecto de nacimiento? SI ____ NO ____
4. En matrimonios/relaciones anteriores, ha tenido usted o el padre de su bebé algún niño, vivo o muerto, con un defecto de nacimiento no indicado en la pregunta #2? SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique la relación/parentesco que tiene la persona afectada con usted o el padre de su bebé: _____
5. Tiene usted o el padre de su bebé algún familiar que padece de retraso mental? SI ____ NO ____
6. Padece usted, el padre de su bebe o algún familiar cercano de algún defecto de nacimiento, desorden familiar, o de alguna anomalía cromosómica no indicados anteriormente? SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique la condición y el parentesco con usted o con el padre de su bebé: _____
7. En matrimonios/relaciones anteriores, tuvo usted o el padre de su bebé un bebé muerto ó más de 3 pérdidas de embarazo espontáneos durante del primer trimestre? SI ____ NO ____
Ha tenido usted o el padre de su bebe un estudio de cromosomas? SI ____ NO ____
8. Si usted o el padre de su bebé son de descendencia judía, alguno de ustedes ha participado en la prueba de detección de la enfermedad Tay-Sachs? SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique quien tomó la prueba y el resultado: _____
9. Si usted y/o el padre de su bebe son Afro-Americanos, le(s) ha(n) Hecho la prueba para detectar "Scikle Cel"l? SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique quién tomó la prueba y el resultado: _____
10. Si usted y/o el padre de su bebé son de descendencia italiana, griega o Mediterránea, ha(n) sido examinados para el/la B-thalassemia? SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique quién tomó la prueba y el resultado: _____
11. Si usted y/o el padre de su bebé son de descendencia filipina o del sureste de Asia, ha(n) sido examinados para la prueba A-thalassemia? SI ____ NO ____
Si contestó sí, indique quién tomó la prueba y el resultado: _____
12. Excluyendo el hierro, el ácido fólico y las vitaminas, ha tomado usted algunos medicamentos o usado drogas recreacionales estando embarazada o desde su último período menstrual? (incluyendo drogas/medicamentos no recetados por un medico)? SI ____ NO ____

EVALUACION PRELIMINAR DE GENETICA PRENATAL

NOMBRE _____ **FECHA** _____

EDAD DE LA MADRE	RIESGO PARA EL SINDROME DE DOWN	RIESGO TOTAL PARA ANORMALIDADES CROMOSOMICAS
20	1/1,667	1/526
21	1/1,667	1/526
22	1/1,429	1/500
23	1/1,429	1/500
24	1/1,250	1/476
25	1/1,250	1/476
26	1/1,176	1/476
27	1/1,111	1/455
28	1/1,053	1/435
29	1/1,000	1/417
30	1/952	1/385
31	1/909	1/385
32	1/769	1/322
33	1/602	1/286
34	1/485	1/238
35	1/378	1/192
36	1/289	1/156
37	1/224	1/127
38	1/173	1/102
39	1/136	1/83
40	1/106	1/66
41	1/82	1/53
42	1/63	1/42
43	1/49	1/33
44	1/38	1/26
45	1/30	1/21
46	1/23	1/16
47	1/18	1/13
48	1/14	1/10
49	1/11	1/8