



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