



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
PROPORCIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE ADOLESCENTES
EMBARAZADAS, EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR MÉDICOS EN SERVICIO
SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO AGOSTO 2015 - AGOSTO 2016



Médico SS: N° R. Sanitaria:
 Departamento: Municipio: Barrio, Aldea o comunidad:
 Identidad Adolescente: N° Encuesta:
 Unidad de salud: Hospital Centro de salud CMI Cliper Otros

A. DATOS GENERALES

Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

1. Edad: 2. Sabe leer y Escribir: SI NO
 3. Escolaridad: 1. Primaria Incompleta 2. Primaria Completa 3. Secundaria Incompleta
 4. Secundaria Completa 5. Universidad Incompleta 6. Ninguno
 4. Estado Civil: 1. Casada 2. Soltera 3. Union libre 4. Divorciada 5. Viuda
 5. Religión: Católica Evangélica Ninguna Otras: _____

6. OCUPACION ACTUAL:

a). Oficios domésticos no remunerados
 b). Oficios domésticos remunerados:
 1. Tortillera 2. Lavandera 3. Costurera 4. Otros: _____
 c). Ocupaciones nivel medio:
 1. Secretaria 2. Contadora 3. Maestra 4. Otros: _____
 d). Comerciante Individual:
 1. Pulpería 2. Vendedora ambulante 4. Otros: _____
 e). Estudiante
 f). otros: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

1. Ha padecido de alguna enfermedad: SI NO
 cuál: _____
 2. Ha consumido alcohol en los últimos 6 meses: SI NO
 3. Ha consumido tabaco en los últimos 6 meses: SI NO
 4. Ha consumido drogas en los últimos años: SI NO
 cuáles: _____

C. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

(Marque solo en caso de ser positivo en primer grado de consanguinidad)
 1. Hipertensión arterial Pre-eclampsia Eclampsia Diabetes Mellitus Obesidad
 Otros _____
 2. Han habido comportamientos violentos en su familia: SI NO
 ¿De quien? _____ ¿que tipo? _____

D. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

1. ¿A que edad tuvo su primera menstruación?:
 2. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?:
 3. ¿ Esa primera relación sexual fue voluntaria?: SI NO
 4. ¿ Esa primera relación sexual fue forzada?: SI NO
 5. ¿ Cuántos compañeros sexuales ha tenido en su vida?:
 6. ¿ Ha planificado alguna vez en su vida?: SI NO
 ¿con que? _____
 7. ¿ Ha tenido una ITS alguna vez en su vida?: SI NO
 ¿Cuál ITS?: _____
 8. Antecedentes Obstétricos:
 P A C HV HM

E. PATOLOGÍAS Y MANIFESTACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Ha presentado o presentó durante este embarazo cualquiera de las siguientes patologías o manifestaciones clínicas

PATOLÓGIAS

A) ¿Anemia?: SI NO B) ¿ITU?: SI NO
 C) ¿Amenaza de aborto?: SI NO D) ¿Amenaza parto prematuro?: SI NO
 E) ¿Dengue?: SI NO F) ¿Chinkungunya?: SI NO
 G) ¿Zika?: SI NO H) ¿Pre-eclampsia leve?: SI NO
 I) ¿Pre-eclampsia severa?: SI NO J) ¿Hipertensión gestacional?: SI NO
 K) Otros ¿Especifique?: _____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

A) ¿Edema en MI?: SI NO B) ¿Sangrado?: SI NO
 C) ¿PA alta?: SI NO D) ¿PA baja?: SI NO
 E) Otros ¿Especifique?: _____

