

PARTE II: INFORMACIÓN E HISTORIAL MÉDICO DE LA MUJER

¿Cuál es la razón principal de su visita hoy? Infertilidad Otra:

Si su visita es por infertilidad:

- ¿Cuánto tiempo tiene en su relación actual? _____
- ¿Cuánto tiempo ha estado intentando el embarazo? _____ años y _____ meses
- ¿Qué es lo que usted entiende le impide quedar embarazada? _____

Resumen de Embarazos:

Número total de todos los embarazos _____ Número de pérdidas de embarazos _____

Número de embarazos ectópicos _____ Número de abortos electivos _____

¿Algún embarazo con defectos congénitos? No Sí Por favor explique: _____

Fecha del parto o en la que terminó el embarazo	Largo del embarazo	Resultado del embarazo (cesárea / parto natural / aborto / ectópico / complicaciones)	¿Concebido con la pareja actual?	Tratamiento de infertilidad si alguno	Numero de meses para concebir
1.			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
2.			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
3.			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
4.			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
5.			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

Historial Ginecológico:

Cuando fué el primer día de su última regla(periodo)? (MM/DD/AA) _____

Sus reglas/ciclos menstruales son Regulares o Irregulares

Número de días entre el inicio de un periodo al comienzo de otro: _____ días

¿Cuántos días le dura el sangrado? _____ días

¿Pasa usted coágulos? No Sí ¿Todos los ciclos? No Sí

¿Padece de dolores menstruales? No Sí ¿Todos los ciclos? No Sí

¿Tiene síntomas premenstruales o antes de la regla? (senos inflamados y adoloridos, acné, distensión, carácter irritable, depresión, dolor de cabeza) No Sí Cuales?: _____

¿Ha utilizado usted pruebas para predecir la ovulación? No Sí Resultados? _____

¿Tiene dolor durante la penetración al tener sexo? No Sí

¿Ha sido diagnosticada con endometriosis pélvica o con myomas/ fibromas uterinos? No Sí

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades sexualmente transmisible o infección pélvica? No Sí (Marque todas las que correspondan): Clamidia Gonorrea Herpes Verrugas genitales Sífilis VIH/ SIDA Hepatitis Otra

Historial Contraceptivo: Ninguno

Dispositivo intrauterino Esterilización de las trompas Contraceptivo de implante

Pastillas anticonceptivas Contraceptivo inyectable

¿Alguna complicación de cualquiera de las anteriores? No Sí Explique: _____

Historial de examen de los senos y Prueba del Pap (Citología):

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou (mes y año) _____ Normal Abnormal

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou anormal? (mes y año) _____ No aplica

¿Ha experimentado cualquiera de los siguientes procedimientos como resultado de una citología anormal? (Marque todo lo que corresponda) Colposcopia Criocirugía (congelamiento) Biopsia de cono Laser LEEP

¿Ha tenido alguna vez una mamografía? No Sí, fecha: _____ Resultado: Normal Anormal

Immunizaciones: ¿Ha recibido las siguientes vacunas? (Marque todas las que apliquen) Ninguna

• Varicela - No Sí No estoy segura

• Hepatitis B - No Sí No estoy segura

Le ha dado varicela en el pasado? No Sí No estoy segura

PRUEBAS Y TRATAMIENTOS PREVIOS DE INFERTILIDAD:

¿Ha tenido pruebas de infertilidad o tratamiento en otro lugar? No Sí ¿Donde? _____

Pruebas previas de Infertilidad:

	<u>Año</u>	<u>Resultados (si se conoce)</u>
Histerosalpingograma (HSG)..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Histeroscopia (mirar dentro del útero)..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Laparoscopia (mirar dentro abdomen)..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Análisis de esperma..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____	_____
Otro(s): _____		

NOTAS MÉDICAS (para uso oficial solamente)

Historial Médico:

¿Tiene alguna **alergia** a alimentos o medicamentos? No Sí (Favor, describa la reacción(es): _____

¿Qué **medicamentos que está tomando?**; incluya medicamentos sin receta, hierbas medicinales y vitaminas: Ninguno

¿Tiene usted algún **problema médico?** No Sí (Por favor provea tipo, fecha y tratamiento)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Historial Quirúrgico: ¿Ha tenido alguna cirugía? No Sí (Favor liste en orden cronológico):

<u>Año</u>	<u>Razón y tipo de la cirugía</u>	<u>Lugar</u>	<u>Cirujano</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historial Social: ¿Utiliza usted o ha utilizado alguno de los siguientes?

No Sí Tabaco, ¿cuántos cigarillos diarios? _____ ¿Fumador por cuántos años? _____

No Sí Si es ex fumador, ¿cuándo dejó de fumar? _____

No Sí Alcohol, ¿cuántos tragos semanales? _____ ¿Qué tipo de bebidas?: _____

No Sí Marijuana u otras drogas, describa: _____

¿Cual es su ocupación? _____

Historial Médico y Síntomas: ¿Tiene o ha tenido alguna vez? (marque todos los que apliquen) Ninguno

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida o ganancia de peso reciente | <input type="checkbox"/> Mamografía anormal | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reducción de los senos | <input type="checkbox"/> Miastenia grave |
| <input type="checkbox"/> Crecimiento excesivo de cabello | <input type="checkbox"/> Implantes o aumento de los senos | <input type="checkbox"/> Acne |
| <input type="checkbox"/> Pérdida excesiva de cabello | <input type="checkbox"/> Infección o enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Trastorno de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Palpitaciones o arritmias cardíacas | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Infarto cardíaco | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Masa en los senos | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso |
| <input type="checkbox"/> Descarga de los senos | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |

Historial Familiar: ¿Algún miembro de su familia tiene o ha tenido alguna vez? (Marque todo lo que corresponda) None

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama(senos) | <input type="checkbox"/> Defecto del tubo neural (espina bífida, anencefalia) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario | <input type="checkbox"/> Defecto congénito del corazón |
| <input type="checkbox"/> Otro cáncer | <input type="checkbox"/> El síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, alta presión, derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Retardación mental o autismo |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en los pulmones o las piernas | <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad genética incluyendo fibrosis quística, atrofia muscular espinal, anemia falciforme, enfermedad de Tay-Sachs |
| <input type="checkbox"/> Menopausa antes de los 40 | <input type="checkbox"/> Otro defecto congénito no mencionado anteriormente |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | Comentario: _____ |

¿Cuál es su origen étnico?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Afro Americano | <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Ashkenazi |
| <input type="checkbox"/> Asiático-Americano | <input type="checkbox"/> Cajun/Francés | <input type="checkbox"/> Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Este de Europa | <input type="checkbox"/> Hispano/Caribeño | <input type="checkbox"/> Norte de Europa |
| <input type="checkbox"/> Sur de Europa | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ | |

PART III: INFORMACION E HISTORIA MEDICO DEL HOMBRE

- No Sí ¿Ha sido usted alguna vez evaluado por un Urólogo?
- No Sí ¿Ha concebido anteriormente con otra pareja? Si es así, ¿cuántas veces? _____
- No Sí ¿Ha tenido algún análisis de semen?
- No Sí ¿Ha tenido alguna de las siguientes infecciones o enfermedades de transmisión sexual? (Seleccione todo lo que corresponda)
- Clamidia Gonorrea Herpes Sífilis VIH/AIDS Hepatitis
- No Sí ¿Tiene alguna **alergia** a alimentos o medicamentos? (Favor, describa la reacción(es)):
- _____

- No Sí ¿Está tomando algún **medicamento**, incluyendo medicamentos sin receta y medicamentos a base de hierbas y/o vitaminas? (Favor, indique): _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes? Si es así, por favor explique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Eyacuación retrógrada de espermatozoides en la vejiga | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cirugía en el pene o vejiga cuando niño |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Historial de paperas | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Biopsia de testículo |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dificultad para iniciar o mantener erecciones | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dificultad para logra la eyacuación | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cirugía para revertir la vasectomía |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Historial de testículos no descendidos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Trauma o lesiones serias a los genitales |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cirugía para reparar hernias inguinales | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Episodio de fiebre en los últimos 3 meses |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cirugía para corregir varicocele | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Exposición a toxinas, venenos, pesticidas, solventes o radiación |

- No Sí ¿Tiene usted alguna **condición o problema médico**? (Por favor provea tipo, fecha y tratamiento)
- _____

- No Sí ¿Ha tenido alguna otra **cirugía** no indicada anteriormente? (Por favor provea tipo y fecha)
- _____

Historial Social: ¿Utiliza usted o ha utilizado alguno de los siguientes?

- No Sí Tabaco, ¿cuántos cigarrillos diarios? _____ ¿Fumador por cuántos años? _____
- No Sí Si es ex fumador, ¿cuándo dejó de fumar? _____
- No Sí Alcohol, ¿cuántos tragos semanales? _____ ¿Qué tipo de bebidas?: _____
- No Sí Marijuana u otras drogas, describa: _____

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Cuál es su origen étnico? _____

Firma de la persona completando la forma: _____ **Fecha:** _____

Firma del personal médico verificando la forma: _____ **Fecha:** _____