

San Diego Fertility Center

Cuestionario de Paciente Nuevo- Masculino

Datos Personales

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: Mes ___ Día ___ Año ___ Edad ___

Nombre de Pareja: _____ Fecha de nacimiento: Mes ___ Día ___ Año ___ Edad ___

Juntos o casados por: _____ años. 1^{er} matrimonio 2^{do} matrimonio Otro

Usted?: Fuma _____ ppts/día bebe alcohol _____ bebidas/semana

Su Pareja?: Fuma _____ ppts/día bebe alcohol _____ bebidas/semana

Historial Medico

Altura: _____ Peso: _____ Pareja: Altura: _____ Peso: _____

Anote cualquier enfermedad médica significativas o problemas: (1) _____
(2) _____ (3) _____

Anote cualquier medicamento que usted toma regularmente: (1) _____
(2) _____ (3) _____

Tiene alguna alergia a medicamentos? (Anote): (1) _____
(2) _____ (3) _____

Si si, cual fue la reacción? _____

Factores Masculinos

Ha engendrado embarazos en una relación *diferente*?:

Ninguno: _____ #Total de embarazos: _____ Niños nacidos vivos: _____
Abortos: _____ Terminaciones: _____

Su pareja a engendrado embarazos en una relación *diferente*?:

Ninguno: _____ #Total de embarazos: _____ Niños nacidos vivos: _____
Abortos: _____ Terminaciones: _____

Pruebas de Infertilidad

Circule uno

Pruebas de sangre
(niveles
hormonales)

No hecho

Hecho

Fecha

Resultados

Normal
Otro:

Análisis de semen

No hecho

Hecho

Normal
Otro:

Otras analíticas (lista):

Historial Genético:

Ha tenido usted o su esposo (o pareja masculina), o algún otra persona de cualquiera de sus familias alguna de las siguientes enfermedades? Para cada respuesta "sí", favor de proveer detalles del problema y relación del individuo afectado a usted o su pareja.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Retraso Mental | Si | No |
| 2. Síndrome de Down u otras anomalías cromosómicas | Si | No |
| 3. Defecto de nacimiento (i.e.labio leporino o paladar hendido, etc.) | Si | No |
| 4. Espina bífida (espina abierta), anecephaly, defectos del tubo neural. | Si | No |
| 5. La hidrocefalia (agua en el cerebro) | Si | No |
| 6. Ceguera o sordera congénita | Si | No |
| 7. Trastornos de la sangre (anemia). | Si | No |
| 8. Fibrosis Quística | Si | No |
| 9. Epilepsia o convulsiones | Si | No |
| 10. Defectos cardíacos | Si | No |
| 11. La hemofilia (sangrado) | Si | No |
| 12. Corea de Huntington | Si | No |
| 13. Enfermedades Renales | Si | No |
| 14. Enfermedad Mental | Si | No |
| 15. Distrofia Muscular | Si | No |
| 16. Distrofia miotónica | Si | No |
| 17. La Neurofibromatosis | Si | No |
| 18. Fenilcetonuria o hiperfenilalaninemia | Si | No |
| 19. Muerte fetal | Si | No |
| 20. 3 O más abortos espontáneos | Si | No |
| 21. Diabetes | Si | No |
| 22. Otros defectos de nacimiento o trastornos hereditarios no mencionados antes? | Si | No |
| 23. Es usted o su esposo de ascendencia judía o franco-canadiense?
Si la respuesta es afirmativa, Se ha hecho usted o alguno de sus familiares la prueba de enfermedad de Tay Sachs? | Si | No |
| 24. Es usted o su pareja de ascendencia africana? Si la respuesta es si, tiene usted algún familiar con anemia o con células falciformes o se han hecha la prueba para sickle cell trait? | Si | No |
| 25. Es usted o su esposo de ascendencia Africana, Asiatica, Oriente Medio, India Oriental o Mediterránea (griegos, italianos, etc.)? Si la respuesta es si, alguno de ustedes o algun familiar de ustedes tiene talasemia o se han hecho la prueba de talasemia? | Si | No |
| 26. Son usted o su pareja parientes, como primer o segundos primos? | Si | No |