



San Diego Fertility Center

Cuestionario de Paciente Nuevo

Datos Personales

Nombre de Paciente Femenino: _____ Fecha de nacimiento Mes ___ Dia ___ Año ___ Edad ___

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

Casados por ___ años. 1er^l matrimonio 2º matrimonio Otro

De años de Infertilidad: ___ # de años de sexo sin protección: ___ # de años de coitos planificados: ___

Relaciones sexuales: frecuencia _____ / semana Detalles importantes (si hay alguno): _____

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

El?: Fuma _____ pqts/día bebe alcohol _____ bebidas/semana

Previos Embarazos

Ninguno # total de embarazos: _____ Hijos vivos : _____ Abortos
espontáneos: _____ Terminaciones: _____ Embarazos
ectópicos: _____ Hijos adoptados: _____

Historial Medico

Altura: _____ Peso: _____

Enliste enfermedades médicas significativas o problemas?(1) _____

(2) _____ (3) _____

Enliste algunos **medicamentos** que toma regularmente:(1) _____

(2) _____ (3) _____

Tiene alergias a algún medicamento? (enliste):(1) _____

(2) _____ (3) _____

Si si, cual fue la reacción? _____

Factores Menstruales

Ciclos regulares Ciclos irregulares desde que comencé mi menstruación

Ciclos irregulares desde _____

Fecha de última menstruación _____ Intervalo entre ciclos menstruales (de comienzo a comienzo) _____

Duración de sangrado (días) _____ Manchado entre menstruaciones _____

Cirugias Previas & Factores Tubáricos

Enliste todo procedimiento quirúrgico y año.(1) _____

(2) _____ (3) _____

Otros: _____

Ha tenido usted? Clamidia Herpes Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)
 Gonorrea Tuberculosis Enfermedades de transmisión sexual (otro)
 Apendicitis un DIU Virus del Papiloma Humano (VPH)
 Endometriosis Quiste ovárico Papanicolaou anormal

Factores Masculinos

Ha engendrado un embarazo en una *relación diferente*:

Ninguno # total de embarazos: _____ Hijos vivos: _____
 Abortos espontáneos: _____ Terminaciones: _____

Pruebas de Infertilidad

	<input type="checkbox"/> No hecho	<input type="checkbox"/> Hecho	<u>Fecha</u> _____	<u>Resultados</u>
Analíticas (Niveles hormonales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Normal Otro:
Análisis de Semen (Conteo de esperma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Normal Otro:
Histerosalpingograma (Rayos-X de tubos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Normal Otro:
Laparoscopia (Cirugía para ver tubos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Aderencia <input type="checkbox"/> Otro:
Histeroscopia (Cirugía para ver el útero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Normal Otro:
Sonohisterograma (Ultrasonido con inyección de agua en el útero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Normal Otro:

Otras pruebas (enliste): _____

Tratamiento de Infertilidad

<u>Inseminación Intrauterina (IUI)</u>	<u># de ciclos</u>	<u>Fecha de último ciclo</u>	<u>Resultado</u>		
Ciclo Natural IUI	_____	_____	_____		
Clomid + IUI	_____	_____	_____		
Medicamento inyectable*+IUI	_____	_____	_____		
<u>Medicamento de Fertilidad solo</u>					
Clomid	_____	_____	_____		
Medicamento inyectable*	_____	_____	_____		
<u>Fecundación In Vitro (FIV)</u>	<u># óvulos</u>	<u># embriones</u>	<u># transferidos</u>	<u># congelados</u>	<u>Resultado</u>
Ciclo #1 (fecha _____)	_____	_____	_____	_____	_____
Ciclo #2 (fecha _____)	_____	_____	_____	_____	_____
Ciclo #3 (fecha _____)	_____	_____	_____	_____	_____

* Medicamentos para la fertilidad inyectables son FSH y LH purificados, y se comercializan con nombres como: oficinas Pergonal, Repronex, Bravelle, Gonal-F y Fol

HISTORIAL GENETICO:

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

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