



FEMENINO PREVIA-CONSULTA CUESTIONARIO

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Nombre de su pareja _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Cuál es su idioma primario? Inglés Español Otro: _____

Fecha de hoy: ____/____/____ Recomendado por: _____

Ginecólogo Primario _____ Médico Primario _____

Por cuánto tiempo ha intentado concepcion? _____ Número de años casados/juntos _____

Razón por su visita de hoy: _____

2. HISTORIA DE EMBARAZO

Número de Embarazos _____ Nacidos _____ Prematuros _____ Perdidos _____ Abortos Voluntarios _____ Niños Adoptados _____

Fecha	Abortos			Tiempo para concebir?	Tratamiento de Infertilidad?	Peso y sexo?	Peso Cesáreas?	Complicaciones?	Es su pareja actual el Padre?
	Perdidos?	Voluntarios?	Ectópicos?						
1.	:	:	:	:	:	:	:	:	:
2.	:	:	:	:	:	:	:	:	:
3.	:	:	:	:	:	:	:	:	:
4.	:	:	:	:	:	:	:	:	:

3. USO DE ANTICONCEPTIVOS

Tipo	Fecha de inicio y de terminación	Razón para discontinuarlo
1.	:	:
2.	:	:

4. HOSPITALIZACIONES Y OPERACIONES

Fecha	Diagnóstico	Operación	Donde?	Doctor
1.	:	:	:	:
2.	:	:	:	:
3.	:	:	:	:

5. MEDICAMENTOS *enliste todas las recetas y los medicamentos controlados que uso durante el año pasado*

Fecha	Dosis y frecuencia	Fecha de inicio y de terminación	Razón
1.	:	:	:
2.	:	:	:

6. ALERGIAS

Medicamento o Sustancia	Reacción
1. _____	:: _____
2. _____	:: _____

Fertility Specialists Medical Group, Inc.

7. MENSTRUAL/HORMONAL

Sus períodos son regulares? Sí No Fecha de los últimos dos períodos menstruales ____/____/____ y ____/____/____
 Edad a su primer período..... Usted sangra entre medio de su períodos? Sí No
 Cada cuántos días de un inicio a otro? Usualmente cuánto le duran sus períodos?días

- Cólicos/Dolor Pélvico:** Nunca Durante la menstruación Antes de la menstruación Después de la menstruación En medio ciclo
 Durante el acto sexual Con movimientos intestinales Con la orina Le causan parar su trabajo Le causan perder sus actividades
Los Cólicos/Dolor Pélvico son: Medio Moderado Severo Empeorando Incrementan
 No cambian en medio cuerpo En el lado derecho En el lado izquierdo

Frecuencia de la relación sexual: _____

Usted tiene o ha tenido ? (Marque con lo que se identifique).

- Calores fácales (Bochornos) Incremento de bello facial o corporal Desecho en los senos Incremento de acné

Por favor, explique a lo que contestó que sí: _____

8. GINECOLÓGICO / INFECCIONES

Último Papanicolaou ____/____/____

Último Mamograma

____/____/____

Usted tiene o ha tenido?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infección Pélvica | <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Quistes de Ovarios |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Colitis o Enteritis | <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Fibromas Uterinos o Miomas | <input type="checkbox"/> Micoplasma | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) |
| <input type="checkbox"/> Aderencias Pélvicas | <input type="checkbox"/> Forma Anormal del Útero | <input type="checkbox"/> Ureaplasma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cervicitis | <input type="checkbox"/> Vaginitis recurrente | <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales/Condiloma | <input type="checkbox"/> Tricomonas |
| <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Congelamiento o ciugía del cervix | |

9. MÁS INFORMACIÓN

USTED

PAREJA

Su ocupación:
 Cigarros - cajetillas fumadas por día :
 Alcohol - tipo y consumo por semana:
 Marihuana - cantidad:
 Otras drogas - tipo y cantidad:
 Bebidas con cafeína por día:
 Nunca ha usado drogas vía intravenosa? Sí No
 Se ha expuesto a Radioactividad: Sí No

Ocupación de su pareja:
 Cigarros – cajetillas fumadas por día:
 Alcohol - tipo y consumo por semana:
 Marihuana - cantidad:
 Otras drogas - tipo y cantidad:
 Usa Jacuzzi o Sauna: Sí No
 Nunca ha usado drogas vía intravenosa? Sí No
 Se ha expuesto a Radioactividad: Sí No

10. ENFERMEDADES MÉDICAS

Usted tiene o ha tenido?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden de Riñones | <input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Ataques |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Complicaciones con anestesia | <input type="checkbox"/> Infarto |
| <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Padecimientos del Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis / desorden del hígado | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Desorden de sangrado |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Heridas serias / accidentes | <input type="checkbox"/> Desorden de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Colitis / enteritis | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Vacunas Recientes |
| <input type="checkbox"/> Murmullo en el Corazón | | | |

Por favor explique las respuestas que contestó "Sí" arriba:

Fertility Specialists Medical Group, Inc.

11. REVISIÓN DEL SISTEMA:

Altura _____ Peso _____ Peso Máximo _____ Peso Mínimo _____ Cambios en su peso en los últimos 2 años _____

Tipo de sangre (si lo conoce) _____

Estuvo o está pasando por algún cambio significativo de dieta por los últimos 3 años?

Estuvo o está pasando por algún programa vigoroso de ejercicio por los últimos 3 años?

Si así es, por favor explique: Ejercicio Vigoroso: tipo hrs. por semana

- **Los efectos de experimentar sobre peso durante una terapia de fertilidad, tienen que ser documentados.**
- **Por favor, hable con su médico acerca de su intención de perder peso y el ideal de acuerdo a su edad y su estatura.**
- **La obesidad usualmente no es la causa de la infertilidad, pero tiene un impacto muy significativo no sólo en la respuesta terapéutica, si no cuando usted está embarazada. Ciertamente puede tener múltiples efectos negativos en usted y el feto.**

Dolores de cabeza: Cuántos por semana? _____ **Medicamento Usado:** _____

- mediano moderado severo se incrementa empeora no cambia
 con síntomas visuales con vómito relacionado con estrés migrañas

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usa lentes
<input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Fiebre Alta
<input type="checkbox"/> Sumbido en los oídos
<input type="checkbox"/> Pérdida del oído
<input type="checkbox"/> Citoscopia de Vejiga

<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho
<input type="checkbox"/> Pulzo irregular del corazón
<input type="checkbox"/> Síncope de Mareo
<input type="checkbox"/> Piernas hinchadas
<input type="checkbox"/> Dolor de Pantorrilla

<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Falta de respiración
<input type="checkbox"/> Silbido
<input type="checkbox"/> Tos con sangre
<input type="checkbox"/> Rayos X del pecho
<input type="checkbox"/> Prueba de Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Infección de Riñones/vejiga
<input type="checkbox"/> Dolor al orinar/frecuente/urgente
<input type="checkbox"/> Color anormal en la orina/sangre
<input type="checkbox"/> Deseos de Orinar sin control
<input type="checkbox"/> Vía Urinaria anormal
<input type="checkbox"/> Rayos X de Riñones
<input type="checkbox"/> Hepatitis / Ictericia

<input type="checkbox"/> Venas varicosas
<input type="checkbox"/> Fácil de moretear
<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado
<input type="checkbox"/> Sangrado de encías
<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz
<input type="checkbox"/> Uso frecuente de aspirina/ibuprofen

<input type="checkbox"/> Senos Abundantes
<input type="checkbox"/> Cambios fibrocisticos
<input type="checkbox"/> Implantes de Senos
<input type="checkbox"/> Autoexamen mensual de senos | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal
<input type="checkbox"/> Vómito y Nausea
<input type="checkbox"/> Vómito con sangre
<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Intolerancia a la comida
<input type="checkbox"/> Cálculo Biliar
<input type="checkbox"/> Prueba de hígado anormal
<input type="checkbox"/> Constipación crónica
<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Sangre en movimiento intestinal
<input type="checkbox"/> Intestino Irritable
<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Hernia

<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda
<input type="checkbox"/> Pérdida de sensación/ entumecimiento | <input type="checkbox"/> Acné
<input type="checkbox"/> Desorden de la piel
<input type="checkbox"/> Sarpullido
<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Cáncer de piel
<input type="checkbox"/> Dentadura postiza/puentes
<input type="checkbox"/> Consejería
<input type="checkbox"/> Incremento reciente de estrés
<input type="checkbox"/> Incremento reciente de ansiedad

<input type="checkbox"/> Control Muscular / Debilidad
<input type="checkbox"/> Intolerancia a lo frio o caliente
<input type="checkbox"/> Humedad de la piel
<input type="checkbox"/> Pérdida inusual de pelo
<input type="checkbox"/> Exceso de Fatiga |
|---|---|---|---|

OTRAS: _____

12. HISTORIA FAMILIAR / HISTORIA GENÉTICA

	Madre	Padre	# de Hermanos	# de Hermanas	# de Hijos	Otro
Cáncer (tipo)						
Diabetes						
Hipertensión						
Alto Colesterol						
Enfermedad del Corazón						
Infarto						
Fibromas Uterinos						
Endometriosis						
Menopausia Prematura						

Fertility Specialists Medical Group, Inc.

13. INFORMACIÓN ÉTNICA: **Información que será usada para el propósito de recomendación de pruebas genéticas*

- Usted**
- Caucásico Hispánico
 Asiático Africo Americano
 Otro (_____)

- Pareja**
- Caucásico Hispánico
 Asiático Africo Americano
 Otro (_____)

Usted, su pareja, o alguien en su familia tiene? SÍ NO

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Defecto del tubo Neural / Espina Bífida / Sin cráneo o cerebro | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tai-saks | <input type="checkbox"/> Desorden de Cromosomas |
| | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Célula falciforme | <input type="checkbox"/> Desorden genético o hereditario |
| <input type="checkbox"/> Talasemia | <input type="checkbox"/> Corea de Huntington | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Bebé con defectos al nacer |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Retraso Mental / frágil X | <input type="checkbox"/> Desorden Hormonal | <input type="checkbox"/> Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia (agua en el cerebro) | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Ataques | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento de un niño muerto | <input type="checkbox"/> Fenilketonuria | <input type="checkbox"/> Neurofibromatosis | <input type="checkbox"/> Distrofia Miotónica |
| <input type="checkbox"/> 3 o más pérdidas de embarazo | <input type="checkbox"/> Diabetes | | |

Algún defecto de nacimiento? **Algún desorden hereditario?**

Por favor explique las respuestas que contestó "Sí" arriba:

.....

.....

REVISIÓN GENÉTICA

Es recomendable a **todas las parejas** que están intentando concebir, se les ofrezca la prueba de fibrosis cística. La Fibrosis Cística es una enfermedad pulmonar que está afectando a los niños, y es la enfermedad genética más común. Ésta es una recomendación nacional desde el año 2000 (ACOG). La efectividad de la prueba varía dependiendo del antecedente de su etnia. Posiblemente usted reciba un ofrecimiento para una revisión adicional basada en su etnia. Ejemplo:

- Africo Americano - examen de enfermedad de Célula falciforme
- Mediterraneo / Asiático / Francés Canadiense - examen de enfermedad de Talasemia
- Asquenazí Judío - examen de enfermedad de Tai-Saks, enfermedad de Gaucher, enfermedad de Canavans y otras pruebas severas.

Si usted desea ver a un Genetista por alguna de las razones arriba mencionadas, por favor comuníquese a su médico en el momento de su visita.

14. HISTORIA DE TERAPIA DE INFERTILIDAD (contestar si se aplica).

Usted fué tratado por Infertilidad previamente? Sí No

Si contesto "Sí", quién fué su Médico?

Cuál fué la causa de la Infertilidad que fué diagnosticada?

Cuáles son los medicamentos que usted tomó para la Infertilidad? Por favor marque los que se aplican:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clomid (Serofene) | <input type="checkbox"/> hCG Profasi | <input type="checkbox"/> Antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Gonal F | <input type="checkbox"/> Progesterona | <input type="checkbox"/> Aspirina de Bebé |
| <input type="checkbox"/> Folistim | <input type="checkbox"/> Luprón | <input type="checkbox"/> Heparín |
| <input type="checkbox"/> Repronex | <input type="checkbox"/> Luprón Microdosis | <input type="checkbox"/> Esteroides |
| <input type="checkbox"/> Pergonal | <input type="checkbox"/> Antagón | <input type="checkbox"/> Anticonceptivos Orales |
| <input type="checkbox"/> Fertinex | <input type="checkbox"/> Parlodel | <input type="checkbox"/> Otros |

Fertility Specialists Medical Group, Inc.

Cuál de los siguientes exámenes usted o su pareja han tenido? Por favor marque el que se aplica y su resultado si lo sabe:

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Histerosalpingograma | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Sonohistograma | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Laparoscopia, Histeroscopia | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Tiroides | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Cromosomas | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Análisis Genético | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Análisis de Semen | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Reparación de Herniavaricosa | Cuando ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> Biopsia Testicular | Caundo ____/____/____ | Resultado |
| <input type="checkbox"/> OTROS: | | |

Alguna vez ha tenido Inseminización Artificial (IA) o Fertilización In Vitro (FIV)? Sí No
Si es que sí, pareja donador de esperma #IIU's #FIV ciclos

15. TERAPIA ALTERNATIVA

Nosotros, en FSMG entendemos que la Infertilidad causa una gran presión en la respectiva pareja. Es de nuestro conocimiento que éste estrés causa un profundo impacto en el sistema reproductivo. Conociendo estos hechos y nuestro énfasis tratando completamente a la persona, nos gustaría saber su experiencia o su disposición para tratar terapias alternativas. Éstas incluyen, pero no se limitan a:

- *Acupuntura (acupuncturista): _____
Fechas: _____
- *Tratamiento Herbal: _____
Fechas: _____
- *Masaje: _____
Fechas: _____
- *Psicológica / Terapia de Grupo: _____
Fechas: _____
- *Yoga / Biorealimentación / Técnica de Reducción de Estrés: _____
Fechas: _____

Le damos la más cordial bienvenida y estamos preparados para trabajar con usted. Por favor, escriba en la parte de abajo cualesquier información que le gustaría repasar el día de su visita.

ATENTAMENTE,

El Equipo de FSMG