



**MASCULINO PREVIA-CONSULTA CUESTIONARIO**

1. **INFORMATION IDENTIFICACION** Fecha de Hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nombre de Pareja \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Cual es su idioma primario?:  Ingles  Espanol  Otro: \_\_\_\_\_  
 Recomendado Por?: \_\_\_\_\_ Medico Primario \_\_\_\_\_  
 Por cuanto tiempo ha intentado concepcion? \_\_\_\_\_ Numero de anos casados/juntos? \_\_\_\_\_  
 Razon por su visita hoy?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. **HISTORIA DE EMBARAZO (que ha sido responsable)**  Ninguno

Fecha ?	Abortos Involuntarios?	Abortos Voluntarios?	Tiempo para concebir?	Tratamiento de Infertilidad?	Peso y Sexo?	Complicaciones?
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. **HOSPITALIZACIONES Y OPERACIONES**

Fecha	Diagnostico	Operacion	Donde?	Doctor
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

4. **MEDICAMENTOS** *Enliste todas las recetas y los medicamentos controlados que uso durante el ano pasado*

Fecha	Dosis y frecuencia	Fecha de inicio y de terminacion	Razon
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

5. **ALERGIAS**

Medicamento o Sustancia	Reaccion
1. _____	_____
2. _____	_____

6. **OTRA HISTORIA**

Su ocupacion : ..... Alcohol – tipo y consume por semana:.....  
 Cigaros – cajetillas fumadas por dia: ..... Marihuana - cantidad: .....  
 Otras drogas – tipo y cantidad: ..... Jacuzzi  si  no si, si ,cuantas veces por semana:.....  
 Alguna vez ha usado drogas via intravenosa?  si  no Se ha expuesto Radioactividad:  si  no

## Fertility Specialists Medical Group, Inc.

### 7. ENFERMEDADES MEDICAS

Usted tiene o tenido?

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer                        | <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Desorden de Rinones          | <input type="checkbox"/> Desorden Psiquiatrico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Neumonia                     | <input type="checkbox"/> Rubeola                      | <input type="checkbox"/> Ataques               |
| <input type="checkbox"/> Hipertension                  | <input type="checkbox"/> Bronquitis                   | <input type="checkbox"/> Complicaciones can anestesia | <input type="checkbox"/> Infarto               |
| <input type="checkbox"/> Alto colesterol               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                 | <input type="checkbox"/> Paperas                      | <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre    |
| <input type="checkbox"/> Padecimientos del Corazon     | <input type="checkbox"/> Hepatitis/desorden del Hgado | <input type="checkbox"/> Varicela                     | <input type="checkbox"/> Anemia                |
| <input type="checkbox"/> Fibre Reumatica               | <input type="checkbox"/> Problemas de Vesicula Biliar | <input type="checkbox"/> Mononucleosis                | <input type="checkbox"/> Desorden de Sangre    |
| <input type="checkbox"/> Fibre Escarlata               | <input type="checkbox"/> Ulceras                      | <input type="checkbox"/> Heridas Serias/ Accidentes   | <input type="checkbox"/> Desorden de Tiroides  |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> Colitis / enteritis          | <input type="checkbox"/> Transfucion de Sangre        | <input type="checkbox"/> Vacunas Recientes     |
| <input type="checkbox"/> Murmulla en el Corazon        |   |   |  |

Por favor explique las respuestas que contesto "SI" arriba \_\_\_\_\_

### 8. REVISION DEL SISTEMA

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Peso Maximo \_\_\_\_\_ Pesop Mínimo \_\_\_\_\_ Cambios en su peso en los últimos 2 años? \_\_\_\_\_

Estuvo o esta pasando por algun cambio signfico de dieta pror los últimos 3 años?.....

Estuvo o esta pasando por algun programa vigoroso de ejercicio por los últimos 3 años?.....

Si así es, porfavor 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 medico acerca de su intencion de perder peso y el ideal de acuerdo a sue dad y su estatura.
- La obesidad usualmente no es la causa de infertilidad, pero la obesidad puede tener un impacto significativo en la respuesta al tratamiento

Dolores de cabeza: Cuantos por semana \_\_\_\_\_ Medicament6o Usado \_\_\_\_\_

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Usa lentes                  | <input type="checkbox"/> Infeccion de rinones/vejiga        | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                 | <input type="checkbox"/> Acne                                     |
| <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto      | <input type="checkbox"/> Urgente/Frevente/Dolor al orinar   | <input type="checkbox"/> Vomito y Nausea                 | <input type="checkbox"/> Desorden de piel                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis      | <input type="checkbox"/> Sangre/ Color anormal en su orine  | <input type="checkbox"/> Vomito de sangre                | <input type="checkbox"/> Salpullido                               |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Alta                 | <input type="checkbox"/> Deseos de orine sin control        | <input type="checkbox"/> Ulcera                          | <input type="checkbox"/> Urtticaria                               |
| <input type="checkbox"/> Sumbio en los oidos         | <input type="checkbox"/> Via urinaria anormal               | <input type="checkbox"/> Intolerancia a comida           | <input type="checkbox"/> Cancer de piel                           |
| <input type="checkbox"/> Perdida de audicion         | <input type="checkbox"/> Rayos X de rinones                 | <input type="checkbox"/> Calculo Biliar                  | <input type="checkbox"/> Tos con Sangre                           |
| <input type="checkbox"/> Protesis dentales/puentes   | <input type="checkbox"/> Cistoscopia de la vejiga           | <input type="checkbox"/> Ictericia / hepatitis           | <input type="checkbox"/> Icremento receinte de ansiedad           |
| <input type="checkbox"/> Consejeria                  | <input type="checkbox"/> Estrenimiento cronico              | <input type="checkbox"/> Aumentar de estres reciente     | <input type="checkbox"/> Humedad de piel                          |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Venas varicosas                    | <input type="checkbox"/> Diarrhea                        | <input type="checkbox"/> Control musculo/Debilidad                |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho              | <input type="checkbox"/> Facil de moretear                  | <input type="checkbox"/> Sangre en movimiento intestinal | <input type="checkbox"/> Intolerancia a lo frio o caliente        |
| <input type="checkbox"/> Pulzo irregular del corazon | <input type="checkbox"/> Sangrando prolongado               | <input type="checkbox"/> Intestino Irritable             | <input type="checkbox"/> Perdida de sensibilidad y adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Sincope de Mareo            | <input type="checkbox"/> Sangrando de encias                | <input type="checkbox"/> Hemorroides                     |   |
| <input type="checkbox"/> Piernas hinchadas           | <input type="checkbox"/> Sangrando de nariz                 | <input type="checkbox"/> Hernia                          |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla        | <input type="checkbox"/> Uso frquente de aspirina/ibuprofen | <input type="checkbox"/> Pruebas abnormal del hgado      |   |
| <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Perdida de pelo inusual            | <input type="checkbox"/> Exceso Fatiga                   |   |
| <input type="checkbox"/> Tos                         | <input type="checkbox"/> Rayos X del pecho                  | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda                |   |
| <input type="checkbox"/> Falta de respiracion        | <input type="checkbox"/> Prueba de Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Wheezing                        |   |

OTRAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fertility Specialists Medical Group, Inc.

9. HISTORIA FAMILIAR / HISTORIA GENETICA

	Madre	Padre	Hermanos: #	Hermanas: #	Hijos: #	Otro
Cancer (tipo)						
Diabetes						
Hipertension						
Alto Colesterol						
Enfermedad del Corazon						
Infarto						

10. ETNICO \* Los datos serán utilizados para la recomendación de pruebas genéticas

- Caucasico  Hispano  Asia  Africano Americano  Otro ( \_\_\_\_\_ )

Usted, o alguien en su familia tiene?

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

- Algun defecto de nacimiento?  Algun desorden hereditario?

Por favor explique las respuestas que contesto "Si" arriba \_\_\_\_\_

Revision Genetica:

Es recomendado **todas las parejas** que estan intencado concebir, se les ofrezca la prueba de fibrosis cística. La Fibrosis Cística es una enfermedad pulmonary que esta afectando a los niños, y es la enfermedad genética mas comun. La efectividad de la prueba varia dependiendo del antecedente de su etnia. Posiblemente usted reciba un ofrimiento para una revision adicional basada en su etnia. Ejemplo: Africano-Americano  Si  No

Asquenazi Judio  Si  No Mediterraneo/ Asiatico/ Frances Canadience  Si  No

**Si respondió SÍ a cualquiera de estos, por favor, deje saber a su médico en la visita, Si usted tiene alguna preocupación genéticas específicas y el deseo de ver a un genetista, por favor, debe decírselo al médico.**

11. HISTORIA DE TERAPIA DE INFERTILIDAD (Contesta si se aplica).

Usted fue tratado por Infertilidad previamente?  Si  No Si "si", quien fue su medico? .....  
 Cual fue la causa de la Infertilidad que fue diagnosticada?

.....  
 Cuales fue los medicamentos que usted tomo para la Infertilidad? .....

Cuales son los siguientes exámenes usted ha tenido?:

- |  |                      |                  |
|--|----------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Analisis de Semen | Fecha ____/____/____ | Resultados ..... |
| <input type="checkbox"/> Cromosomas        | Fecha ____/____/____ | Resultados ..... |
| <input type="checkbox"/> Pruebas Geneticas | Fecha ____/____/____ | Resultados ..... |
| <input type="checkbox"/> Otro _____        |                      |                  |

Alguna vez ha tenido Inseminacion Artificial (IA)  Si  No o Fertilizacion In Vitro (FIV)?  Si  No  
 Si es que si,  pareja  donador de esperma #IIU's \_\_\_\_ #FIV ciclos \_\_\_\_

## Fertility Specialists Medical Group, Inc.

### 12. TERAPIA ALTERNATIVA

Nosotros, en FSMG entendemos que la Infertilidad causa una gran presión en la respectiva pareja. Es de nuestro conocimiento que este 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. Estas incluyen, pero no se limitan a:

- Acupuntura (acupuncturista) \_\_\_\_\_  
Fechas: \_\_\_\_\_
- Tratamiento Herbal \_\_\_\_\_  
Fechas: \_\_\_\_\_
- Masaje \_\_\_\_\_  
Fechas: \_\_\_\_\_
- Psicológica / \_\_\_\_\_  
Fechas: \_\_\_\_\_
- Yoga / bioalimentación / Técnica de Reducción de Estrés \_\_\_\_\_  
Fechas: \_\_\_\_\_

**Bienvenidos, estamos preparados para trabajar con usted. Por favor, escriba en la parte de abajo cualquier información que le gustaría repasar el día de su visita .**

**Atentamente- El Equipo de FSMG**