

USF IVF Endocrinología Reproductiva.

Questionario para las pacientes.

Bienvenido a USF IVF Endocrinología Reproductiva . A continuación le pedimos que por favor llene esta questionario y lo traiga en la primera cita medica, deseamos saber de usted y conocer su historia medica .

Esto nos permitira obtener un mejor abordaje de su situacion clinica y asi minimizar y evitar duplicar cualquier test que haya sido realizado en el pasado.

Nombre : _____

Fecha : _____

Nombre por el cual le gustaria ser llamado: _____

Fecha de Nacimiento : _____

Edad: _____

Ocupacion : _____

Direccion : _____

Como se entero de USF IVF (Fertilizacion In Vitro) : _____

Informacion para establecer contacto.

Telefono del Domicilio:

Nos autoriza a dejar un mensaje confidencial.?

Si No.

Telefono del Trabajo :

Nos autoriza a dejar un mensaje confidencial?

Si No.

Telefono Celular:

Nos autoriza a dejar un mensaje confidencial?

Si No.

E-mail (correo electronico) :

La podemos contactar a travez de este medio?

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia :

Numero de Telefono : _____

Parentesco: _____

Nombre de la farmacia : _____

Localizacion : _____

Telefono : _____

Medico Remitente : _____

Direccion : _____

Si su Ginecologo es diferente del medico que la remitio, por favor escriba su nombre.

Dirección: _____

Motivo de Consulta.

Si el motivo es Infertilidad, describa el tiempo de duración.

I. Información General.

Es usted Soltera _____ Casada _____ Relación estable de larga Duración _____
Separada _____ Divorciada _____ Casada en un matrimonio diferente al Primero _____

Nombre de su pareja (Si lo considera apropiado): _____

Fecha de Nacimiento : _____

Edad : _____ Ocupación _____

Cuántos años lleva con su pareja actual: _____

Fecha de Matrimonio (Si aplica) _____

Su pareja ha sido previamente casada o ha tenido hijos producto de otra relación

Si _____ No _____ Si su respuesta es si , por favor explique:

Usted o su pareja han sido esterilizados quirúrgicamente ? (ej: ligadura de trompas o vasectomía.) Si _____ No _____

Historia Ginecológica.

Edad del primer periodo _____ Fecha de la última menstruación _____

Son sus periodos regulares? _____ Si _____ No _____

Cada cuánto le llega su periodo? _____ Número de días de sangrado: _____

Cantidad de Sangrado Mínimo _____ Moderado _____ Severo _____

Padece de Cólicos menstruales Mínimos _____ Moderados _____ Severos _____

Usted necesita tomar medicación para el dolor durante su periodo? Si _____ No _____

Esta usted conciente de la ovulación? Si _____ No _____

Siente usted molestias Pelvicas? Si _____ No _____

Siente usted exceso de crecimiento de vello? Si ___ No ___
Acne? Si ___ No ___
Previos metodos de Anticoncepcion que ha usado (encierre con un circulo los metodos que ha utilizado en el pasado)

Pildora Condones Diafragma DIU (Dispositivo Intrauterino) Abstinencia
Ritmo Ninguno

Frecuencia usual de relaciones sexuales por semana _____ Por mes _____
Usa usted algun Lubricante? Si ___ No ___ , Si su respuesta es si, por favor especifique _____
Cuando tiene relaciones sexuales, su pareja eyacula en la vagina? Si ___ No ___
Utiliza usted duchas Vaginales? _____ antes o despues _____ de tener relaciones sexuales.
Siente usted dolor o molestia al tener relaciones sexuales? _____ Su pareja? _____
Si su respuesta es positiva , por favor indique todas las respuestas que aplican a su caso.

El dolor es: ___ Leve ___ Moderado ___ Severo
___ Siempre doloroso ___ Algunas veces doloroso
___ Con todas las posiciones sexuales ___ Con algunas Posiciones Sexuales.
___ Empeora con el tiempo ___ No hay cambio en los ultimos anos.

Ha tenido usted exposicion a DES (diethylstilbestrol)? Si ___ No ___
Fecha del ultimo papanicolao _____ Resultado _____
Tiene usted historia de algun papanicolao anormal? _____ Si _____ No
Si la respuesta a la ultima pregunta fue positiva, el ultimo papanicolao fue normal? _____
Tiene usted historia de: Dolor Pelvico ___ Endometriosis ___ Infeccion Pelvica ___
Historia de Clamidia ___ Herpes ___ Sifilis ___ HPV(verrugas Genitales) ___
Gonorrea _____
Tuberculosis. _____
Cuantos companeros sexuales ha tenido en su vida?
___ Nunca he tenido relaciones sexuales.
___ 1 solo companero sexual.
___ Menos de 5 companeros sexuales.
___ 5 o mas companeros sexuales.

Historia Obstetrica.

Ha estado usted alguna vez embarazada? Si ___ No ___ . Si la respuesta fue positiva, por favor complete el siguiente cuadro.

Mes/año en el que el embarazo terminó.	Cual fue el desenlace del embarazo?	Con la pareja actual?	Requirió Tratamiento para Infertilidad.	Tiempo que tardó en concebir?	Sexo y peso del bebe.	En caso de aborto, requirió usted legrado o curetaje.	Alguna complicación durante el embarazo.

* **V = Parto Vaginal** **C = Cesarea** **A = Aborto** **EE = Embarazo Ectopico.**

Previo Tratamiento de Infertilidad (Si aplica)

Tratamiento mas reciente : _____

Diagnostico de su condicion (Si lo conoce) : _____

Nombre y direccion del medico tratante : _____

Seguimiento de la Temperatura? Si ___ No ___ Dia de la ovulacion _____

Utilizo Test Predictores de la Ovulacion? Si ___ No ___ El cambio de color ocurrió el dia : _____

Le realizaron un estudio radiologico llamado Histerosalpingograma(Rayos x del utero y las Trompas) Si ___ No ___ , Si la respuesta es positiva, responda por favor

Fecha _____ Donde fue realizado _____ Resultado (Si lo conoce)

Test Hormonales:

Progesterona Fecha : _____ Resultado : _____

Prolactina Fecha : _____ Resultado : _____

FSH Fecha : _____ Resultado : _____

TSH.(Pruebas Tiroideas) Fecha : _____ Resultado :

_____ Analisis de espermia Previo? Si No Fecha Resultado.

Si su companero ha sido evaluado anteriormente: Nombre del Doctor

Tiene usted Historia Familiar de Infertilidad en su familia por causa de un desorden hormonal? Si ___ No ___

Historia Medica Pasada y Revision por Sistemas.

Ha tenido usted algun procedimiento en el cervix como biopsia, cauterizacion, criocirurgia o curetaje (legrado) Si ____ No ____

Algun procedimiento en el utero, vagina, trompas, ovarios o alguna cirugia por Enfermedad Pelvica Inflamatoria, por alguna infeccion , por adhesiones o endometriosis? Si ____ No ____

Alguna vez le han realizado una Laparoscopia? Histeroscopia? _____

Si la respuesta anterior fue positiva por favor indique la fecha :

Alguna vez ha recibido tratamiento de estimulacion Ovarica con agentes inyectables o orales como Clomifeno (Clomid Serophene) , HCG, Gonadotropinas, FSH , si la respuesta a alguno de estos medicamentos fue positiva, por favor marque su respuesta. Si ____ No ____

Alguna vez ha recibido tratamiento medico para Endometriosis. Si ____ No ____

Alguna vez le han realizado Inseminacion Artificial? , si la respuesta es positiva, indique si fue con Pareja____ o Donador ____

Alguna vez le han realizado una Biopsia Endometrial Si ____ No ____

Si la respuesta es positiva por favor indique la fecha. _____

Ha experimentado Depresion o Ansiedad por su condicion Si ____ No ____

Si ha experimentado Depresion o Ansiedad por su condicion , recibio algun tipo de tratamiento psicologico? Si ____ No ____

Ha utilizado metodos de medicina alternativa para Infertilidad como hierbas o acupuntura? Si ____ No ____

Tiene usted algun Soplo Cardiaco o alguna condicion que requiera antibioticos cuando va a ser sometido a alguna cirugia o procedimiento dental Si ____ No ____

Por Favor mencione los medicamentos que esta tomando actualmente.

Nombre del medicamento	Indicacion Medica.

Esta usted tomando vitaminas que contengan Acido Folico o Suplementos de Acido Folico? Si No

Es alergica a algun medicamento? Si No

Si la respuesta es positiva, por favor complete el siguiente recuadro.

Medicamento	Tipo de Reaccion	Fecha

Tiene alguna otra alergia significativa?

Latex Si ____ No ____
 Alimentos como huevos, mani, yodo, pescado? Si ____ No ____

Peso actual ____ lbs Peso hace 2 años _____
 Exposición a Químicos o Rayos X: Si ____ No ____

Fuma? Si ____ Número de cigarrillos por día _____ No ____ Si dejó de fumar, indique la fecha _____.

Toma Cafeína: Tazas / día ____ Café ____ Té ____ Cola ____ Alcohol: Describa la cantidad _____

Ejercicio (tipo, duración , frecuencia) : _____

Alguna vez ha usado Marihuana, opio o alguna otra droga recreacional ? Si ____ No ____

Si la respuesta es positiva , el uso es actual ____ o pasado ____

Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual o físico ? Si ____ No ____

Si la respuesta es positiva , recibió usted algún tipo de asesoría o terapia ? Si ____ No ____

Cual considera usted que es su descendencia étnica ? (Hispana , Italiana etc)

Cual considera que es la descendencia étnica de su pareja ?

Ha estado usted hospitalizada ? Si ____ No ____

Si la respuesta es positiva , llene el siguiente recuadro.

Hospital/Ciudad/Estado	Fecha	Motivo	Médico tratante

Por favor indique(marque con un círculo) si padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades, si la respuesta es positiva indique la fecha de detección.

Anemia	Si No
Tendencia al Sangrado	Si No
Asma/Bronquitis Crónica/ Neumonía.	Si No
Transfusiones de sangre.	Si No
Secreción por los senos .	Si No
Masa en el seno / Quistes?	Si No
Cáncer / tipo.	Si No
Enfermedades Cardiovasculares	Si No
Bronquitis Crónica.	Si No
Alteraciones visuales significativas.	Si No
Dolores musculares Crónicos.	Si No
Dolores Articulares.	Si No

Depresion.	Si No
Diabetes.	Si No
Enfermedades de la Vesicula	Si No
Reflujo Gastroesofagico / Acidez	Si No
Enfermedades de los Renales o de la Vejiga.	Si No
Oleadas de calor / Sudoracion Nocturna.	Si No
Sindrome del Intestino irritable.	Si No
Presion Arterial Alta.	Si No
Enfermedad Hepatica / Hepatitis.	Si No
Tumor en los Ovarios.	Si No
Tratamiento con Radiacion.	Si No
Problemas Neurologicos Significativos.	Si No
Dolores de Cabeza Cronicos.	Si No
Convulsiones.	Si No
Problemas de la Tiroides.	Si No

Usted o alguna persona en su familia han sufrido de lo siguiente. , si la respuesta es positiva por favor especifique de quien se trata y la fecha en la cual ocurrio.

Tromboflebitis (Coagulos en la sangre) _____
Tromboembolismo Pulmonar (Coagulo de Sangre en los Pulmones) _____
Coagulos de sangre durante el embarazo. _____
Coagulos de sangre mientras se encontraba tomando pildoras _____
Anticonceptivas _____
Cualquier coagulo de sangre que requirio de tratamiento _____
Ataque al Corazon antes de cumplir los 50 anos. _____
Embolia Cerebral antes de cumplir 50 anos. _____
Uso de medicacion anticoagulante para el tratamiento o sospecha de
Coagulos en la sangre. _____

Tiene usted algun otro antecedente medico importante. Si ___ No ___

Historia Medica de su Pareja

Estado general de salud de su pareja: Bueno ___ Regular ___ Malo.

Problemas Medicos : _____

Tiene el habito de Fumar? Si ___ Numero/dia ____, No ____, Si usted dejo de fumar, cuando lo hizo? _____

Uso de Marijuana, opio o alguna otra droga recreacional? Yes ___ No ____, Si su respuesta es positiva el uso es actual o pasado? _____

Ha sufrido alguna vez un trauma o Cirugia Genital? _____

Le han realizado alguna cirugia para reparar alguna Hernia? _____

Si su respuesta es positiva, por favor indique la fecha de la cirugia : _____

Por favor indique si ha tenido alguna de las siguientes infecciones:

Clamidia ___ Gonorrea ___ Sifilis ___ Verrugas Genitales (HPV) ___ Herpes ___
 Tuberculosis ___.

Tiene alguna alergia a medicamentos Si ___ No ___

Medicaciones que se encuentra tomando actualmente	Proposito

A continuacion se enumeran ciertas enfermedades, por favor especifique si algun familiar de su pareja padece de alguna.

Parentesco/Edad	Vivo	Muerto	Cancer	Diabetes	Tay Sachs	Syndrome de Down	Sickle Cell	Fibrosis Quistica	Enfermedad Cromosomal	Otros problemas de salud

Por Favor notifique que la informacion dada anteriormente es correcta.

Firma _____ Fecha _____

