

Fecha de Su Consulta: _____

REPRODUCTIVE PERFORMANCE AND INFERTILITY QUESTIONNAIRE

Llene por favor esta forma tan completamente posible. Usted puede mantener una copia por su registros. Esperamos verlos pronto.

Nombre de Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad** _____

Nombre de Su Parejo _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad** _____

Direccion _____ **Cuidad** _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____

Telefono # (CASA) _____ **Trabajo** _____ **Fax** _____

Seguro Social de Paciente # _____ **Seguro Social de su pareja #** _____

Como se entero usted de Nosotros?

Amiga _____ Pariente _____ Seminario _____ Intranet _____ Periodico _____ Television/Radio _____

Su Doctor (Nombre) _____ Otro (Por Favor Explique) _____

HISTORIA OBSTETRICAL

Cuanto tiempo a tratadi de quedar embarazada? _____

Ha estado usted embarazada antes? Si _____ No _____

Fecha	Corriente/ Pareja Anterior	Nacimiento Vivo (Si/No)	Aborto Natural Aborto Ectopico	Semanas	Corazon Fetal (Si/No)	D&C (Si/No)	Vaginal/ Cesaria	Sexo Del bebe	Complicaciones

Historial Gynecologa

Marque Si/No

Primer dia de su ultimo periodo? _____

Primero dia de su periodo anterior? _____

Son sus periodos regulares? **Si** **No**

Edad de su primer periodo _____ Cuantos dias entre periodos _____ Cuantos dias sangra _____

Sindrome Premenstrual : **Sensibilidad de Seno** **Cambios de humor** **Irritacion**

La Cantidad de Sangrar: **Minimo** **Medio** **Mucho**

Hagale utilize cualquier medicina por su periodo? **Si** **No**

Nivel de dolor : **Medio** **Moderado** **Mucho**

Dolor aliviado por medicamentos que no requieren receta ? **Si** **No**

El dolor empeza con su periodo? **Si** **No**

Despues de sangrar? **Si** **No**

El dolor dura mas de 48 horas? **Si** **No**

Tienes dolor con relaciones sexuales ? **Si** **No**

Este dolor es por fuera solamente? **Si** **No**

Este dolor es interno y hondo? **Si** **No**

Ha tenido deshecho vaginal ? **Si** **No**

Comezon o ardor en la vagina? **Si** **No**

Algun olor malo? **Si** **No**

Fue diagnosticado con endometriosis? **Si** **No**

Cuando? **Si** **No**

Tiene un Ginecologo? **Si** **No**

Cuando fue su ultimo papanicolau? Fecha _____

Resultado? _____

Ha tenido un papaniculua abnormal? **Si** **No**

Si, si, que tratamiento ha tenido? **Si** **No**

Ha tenido un mamograma? **Si** **No**

Ha tenido un ultrasonido que se llama Hysterosalpingogram (con un tinte

Para mira las trompas y matris ? **Si** **No**

Ha tenido antes una Hysteroscopia? **Si** **No**

Ha tenido antes infecciones sexuales? **Si** **No**

(i.e. Chlamidia, Gonorrea, Sifilis, Herpes, Virus del Papiloma Humano)

Cuando? _____ Que tratamiento ha tenido? _____

Ha tenido una enfermedad incitante pelvica? **Si** **No**

Cuando? **Si** **No**

Hospitalizacion? **Si** **No**

Experimenta usted desecho de sus senos? **Si** **No**

Ha usted utilizado un despositivo? **Si** **No**

Ha usted usado pastillas anticonceptivos? **Si** **No**

Por cuantos anos? _____ Cuando fue la ultima vez? _____

OPERACIONES

TIPO	CUANDO	PARA QUE	RESULTADO

CONDICIONES MEDICALES

Tiene usted historia de estos problemas?

Condicion	Si/No	Comentario
Rubeola		
Migrana		
Marreos		
Lentes/Contactos		
Problemas de tiroides		
Pneumonia		
Tuberculosis		
Asma		
Bronquitis		
Problemas con los pulmones		
Ataque al Corazon		
Murmillo del Corazon		
Fiebre Reumatica		
Otras problemas del corazon		
Presion Arterial Alta		
Ulcera del estomago		
Hepatitis		
Cirrosis		
Sangramiento Intestinal		
Hemorragias		
Problemas con anestesia		
Diabetes		
Calculos renales		
Infecciones de los rinones		
Problemas con los rinones		
Infeccion de la vesicula		
Artritis Reumatica		
Lupus erythematosis		
Paralisis		
Problemas de Neurologia		
Tromboflebitis		
Venas Varicosas		
Tumor en el pecho		
Cancer de los pechos		
Cancer en las ovarios		
Cancer en la matris		
Otras Canceres		
Other:		

ALERGIAS DE MEDICAMENTOS

Por favor marque si o no.

Tiernes alergias de algunas medicinas?

Si No

Medicamento	Reaccion

Medicamentos Actuales

Ha tomando usted algunas medicaciones hoy?

Si NO

Medicamento	Cantidad	Cuantas Veces Al Dia

HISTORIA FAMILIAR

Hay problemas en su familia de estos condiciones?

Condicion	Si/No	Maternal/Paternal	Comentarios
Diabetes			
Problemas del corazon			
Presion arterial alta			
Enfermedad de los Rinones			
Partos Multiples			
Atraso Mental			
Defecto De Nacimiento			
Enfermedades heredadas			
Artritis Reumatica			
Tiroides			
Lupus erythematosis			
Hemorragias			
Cancer de los pechos			
Cancer de la matris			
Otros canceres			
Sickle cell disease			
Cystic fibrosis			
Tay Sachs			
Thalassemia			
Other:			

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

Por favor marque Si o NO

Su ocupacion: _____

- | | | | |
|--|-----------|-----------|------------------------|
| Utiliza usted tabacco? | Si | No | #ciggs/semana_____ |
| Toma alcohol usted? | Si | No | #bebidas/semana_____ |
| Usa drogas? (mariguana, cocaina) | Si | No | |
| Es Casado usted? | Si | No | |
| Cuanto tiempo_____ | | | |
| Ha estado usted casado anteriormente? | Si | No | |
| Ha tenido problemas dando a luz a un bebe en su relacion previa? | Si | No | |
| Cuantas veces tiene relaciones? | | | _____dias/ semana/ mes |
| Usa lubricacion? | Si | No | |

COMENTARIOS

DESCRIBE SU PROBLEMA POR CUAL NO PUEDE CONCEBIR .

HISTORIAL MASCULINO

Please circle Si /No

Ha iniciado usted un embarazo con su pareja anterior? **Si** **No**

Nombre de embarazos? _____

Numero con esta pareja? _____

Su ultimo embarazo fue cuando? _____

Ha visite usted a un Urologo antes para una evaluacion? **Si** **No**

Diagnostico? _____

Cuando: _____

Ha tenido usted antes una analisis de esperma? **Si** **No**

Resultado _____

Fecha _____

Cantidad (Million cell/ml) _____

Movimiento (%) _____

Morphology (% normal forms) _____

Otro: _____

Historial Social

Por favor marqu Si/No

Occupacion: _____

Usa usted tabacco/fuma? **Si** **No** #cig/dia _____

Usa usted alcohol/cerveza? **Si** **No** #bebidas _____

Usa usted una jacuzzi? **Si** **No** #/semana _____

Esta casado usted? **Si** **No**

Por cuanto tiempo?

Ha estado usted casado antes de su casamiento actual? **Si** **No**

Ha tenido problemas dando a luz a un bebe en su relacion previa? **Si** **No**

Cuantas veces tiene relaciones? #cada dia/semana/mes _____

Ha usado algun tipo de lubricacion? **Si** **No**

Ha tenido usted estos estudios antes?

Estudio	Fecha	Resultado	Commentacion
FSH			
LH			
Testosterona			
TSH (thyroids)			
Antisperm Antibodies			
DQ Alpha			
Hamster egg penetration			
Fructose			
Cultura de esperma			
Vasectomia			
Reversion de vasectomia			
Biopsia de testiculos			
Varicocele ligation			
Reparacion de Hernia			
Testiculo arriba			
Eliminacion de testiculo			
Other:			

Alergias de Medicamentos*Por favor marque Yes/No*

Tiene Usted alergias de algunas medicinas que sepan?

Si No

Medicamentos	Reacion

MEDICACION DE CURRENTO

Ahhorita ha tomando algunas medicinas?

Si No

Medicamentos	Dosis	Frecuencia

Operaciones

Tipo	Fecha	Indicacion	Resultado

CONDICIONES MEDICALES

Tiene usted historia de estos problemaS?

Condicion	Si/No	Comentario
Rubeola		
Migrana		
Marreos		
Lentes/ Contactos		
Tiroides		
Pneumonia		
Tuberculosis		
Ashma		
Bronquitis		
Problemas de los pulmones		
Ataque al Corazon		
Murmillo del Corazon		
Fiebre Reumatica		
Problemas del corazon		
Presion Arterial Alta		
Ulcera del estomago		
Hepatitis		
Cirrosis		
Sangramiento Intestinal		
Hemorragias		

Problemas con anestesia		
Diabetes		
Piedras de los rinones		
Infecciones de los rinones		
Otras problemas de los rinones		
Infeccion de la vesicula		
Artritis Reumatico		
Lupus erythematosis		
Paralysis		
Problemas de la mente		
Tromboflebitis		
Venas Varicosas		
Cancer		
Otras:		

HISTORIA DE SU FAMILIA

Hay problemas en su familia de estas condiciones?

Condicion	Si/No	Lado Materno/Paterno	Comentario
Diabetes			
Problemas de corazon			
Alta Presion			
Enfermedad de los rinones			
Partos multiples			
Atraso Mental			
Defecto de Nacimiento			
Enfermedades herididades			
Artritis Reumatica			
Enfermedad de tiroides			
Lupus erythematosis			
Hemorragias			
Cancer de los pechos			
Cancer de la matris			
Otras canceres			
Sickle cell disease			
Cystic fibrosis			
Tay Sachs			
Thalassemia			
Other:			

EVALUACION DE FERTILIDAD ANTES

Ha tenido usted antes estudios de fertilidad abajo?

Examen/Estudio	Fecha	Resultado
<i>Blood Tests (Non-immunological)</i>		
FSH (Dia 3 de su regla)		
Estradiol (Dia 3 de su regla)		
LH (Dia 3 de su regla)		
Progesterone (7 dias despues de ovulacion)		
TSH(Thyroides)		
Prolactin		
DHEAS		
Testosterone		
17-Hydroxy-Progesterone		
Typo de Sangre y RH factora		
Rubella		
Hache B (HIV)		
Hepatitis B surface antigen		
Hepatitis C antibody		
RPR/VDRL (syphilis)		
<i>Analisis de Sangre (Immunological)</i>		
Antinuclear Antibodies (ANA)		
Antiphospholipid Antibodies (APA)		
Antipaternal Leukocyte Antibodies (APLA)		
Natural Killer (NK) Cell Assay		
Immunophenotype		
DQ Alpha		
Antithyroglobulin Antibodies (ATA)		
Antimicrosomal Antibodies (AMA, TPO)		
Antisperm Antibodies		
IgA		
<i>Cervical Cultures</i>		
Chamidia		
Gonorrea		
Ureaplasma/Mycoplasma		
Routine aerobic/anaerobic		
<i>General Assessment</i>		
Papanicolau		
Mamograma		
Examen Fisico		
Basal Body Temperature Charting (BBT)		
Urine Ovulation Predictor Kit		
Post Coital Test (PCT)		
Biopsia de su endometria		
Analisis de esperma		

<i>Pelvic Assessment</i>	<i>Fecha</i>	<i>Resultado</i>
Exam Pelvico		
Ultrasonido Vaginal		
Hysterosalpingogram (HSG dye test)		
Ultrasonido con Agua (Fluid US)		
Hysteroscopia		
Laparoscopia		
Otras		

TRATAMIENTO DE FERTILIDAD ANTES

Ha tenido tratamiento para fertilidad antes usted?

Medicacion	Fecha	Dosis	# de tiempos	Comentario
Clomiphene Citrate (Clomid) pastillas				
Pergonal				
Humagon				
Repronex				
Metrodin				
Fertinex				
Gonal F				
Follistim (Injecion)				
HCG (Profasi)				
Progesterona				
Aspirina				
Heparina				
Prednisilina (Medrol)				
Prednisilina				
Intravenous Immunoglobulin (IVIG)				
Leukocyte Immunization Therapy (LIT)				

TRATAMIENTOS ANTERIORES

TIPO (IVF, IUI, GIFT, ZIFT)	FECHA	Medicamentos	# de Folliculos	Juevos Recbiando	#Fertilizado	#Transferado	# Congelados	Resultados

SEGURO MEDICO:

Nombre del Seguro Medico: _____ ID#: _____

Grupo#: _____ Telefono#: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Su seguro medico cubre beneficios de fertilidad? SI No No Se

SU DOCTOR PRIMARIO:

Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Telefono#: _____

OB/GINECOLOGO:

Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Telefono#: _____

SIQUIATRA O SICOLOGO:

Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Zip: _____

Telefono#: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Telefono#: _____

Relacion: _____