

Cuestionario de Infertilidad Femenina

Nombre : _____ Edad: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo

Numero de Seguridad Social : _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de la Pareja : _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de su Ginecologo : _____ Telefono : _____

Direccion : _____

Nombre de su medico primario : _____ Telefono : _____

Direccion : _____

Farmacia en donde solicita sus medicinas : _____ Telefono : _____

Como se informo de nuestro programa ? _____

Cuanto tiempo tiene con su pareja actual ? _____

Cual es su estado civil ? _____

Cuantos meses / años tiene tratando de lograr un embarazo ? _____ meses/años

Con que frecuencia tiene relaciones en un mes ? _____

Fecha de su ultima menstruacion..... _____

Edad de su primera menstruacion..... _____ años

Dias entre un periodo menstrual y otro..... _____ (Normal de 25 a 35 dias).

Cuantos dias dura su regla..... _____ (Normal de 3 a 6 dias)

Comentarios

Ha variado su regla en el numero de dias? Si No _____

Tiene sintomas del SPM antes de la regla (distension, sensibilidad en los senos, caracter irritable o depresivo) Si No _____

Tiene usted reglas dolorosas (dismenorrea) Si No _____

Sus relaciones son dolorosas (dispaurenia) Si No _____

Tiene usted diagnostico de endometriosis Si No _____

Utilizó el dispositivo intrauterino ? Si No _____

Ha sufrido de enfermedad pelvica inflamatoria causada por Clamidia ó Gonorrea ? Si No _____

Sabe si su madre tomo DES mientras estuvo embarazada de usted ? Si No _____

Tiene usted secrecion por sus senos ? Si No _____

Tiene usted exceso de vello en su cuerpo? Si No _____

Tiene algun trastorno de alimentacion como anorexia ó bulimia ? Si No _____

¹ Otro documento de identidad ² Direccion permanente



Por favor coloque en orden cronologico cada uno de sus embarazos.

| # | Fecha | Evolucion del Embarazo <i>Parto normal o Cesarea? Interrupcion o Aborto? Tubarico o ectopico?</i> | Tratamiento del infertilidad? | Cuantos meses necesito para lograrlo ? | Es de su pareja actual ? | Comentarios / Complicacion? |
|---|-------|--|----------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Por favor indique cual de estos exámenes le han realizado

| | Si | No | Resultado | Que dia ovulo ? |
|---------------------------------|----|----|-----------|-----------------|
| LH Urinario | | | _____ | |
| Histerosalpingografia (HSG) | | | _____ | |
| Espemograma de su pareja actual | | | _____ | |
| Exámenes de sangre | | | _____ | |
| Biopsia de Endometrio | | | _____ | |
| Laparoscopia / Histeroscopia | | | _____ | |

Indique si ha tenido algun tratamiento de fertilidad previamente, incluya la fecha y el numero de ciclos.

Citrato de Clomifeno (Clomid®/ Serophene®) _____

Gonadotropinas (Pergonal®/ Humegon®/ Repronex®/ Metrodin®) _____

Inseminacion Intrauterina (IIU) _____

Fertilizacion In Vitro / GIFT _____

Indique si ha tenido alguna cirugia ginecologica o de otra indole.

| Fecha | Donde? | Procedimiento? | Hallazgos? | Cirujano? |
|-------|--------|----------------|------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Informacion Adicional

Ha recibido usted la vacuna contra la rubeola ? Fecha ___/___/___ . Inmune / No immune

Cuando fue la ultima citologia Papanicolao ? Fecha ___/___/___ . Normal / Abnormal

Se ha practicado alguna vez un mamograma? Fecha ___/___/___ .

Ha sufrido de varicella? Si No Cual es su tipo de Sangre? _____

¹ Otro documento de identidad ² Direccion permanente



Antecedentes Medicos:

| Problema | Si / No? | Actualmente? | En el Pasado? | Comentario |
|--|----------|--------------|---------------|------------|
| Tiene usted dolor de cabeza ó migraña ? | | | | |
| Ha tenido algun problema en su corazon? | | | | |
| Ha tenido algun problema en sus pulmones? Asma? | | | | |
| Ha tenido problemas digestivo ó intestinales ? | | | | |
| Ha tenido problemas musculares ó articulares ? | | | | |
| Ha tenido algun problema neurologico ? | | | | |
| Ha sido tratada por depresion ó ansiedad ? | | | | |
| Tiene ó ha tenido problemas hormonales ? Tiroides ó diabetes ? | | | | |
| Sufre de alguna enfermedad inmunologica ? Lupus ó Artritis autoimmune ? | | | | |

Tiene usted algun problema medico que no esté relacionado con su fertilidad ? _____

Sufre de alguna alergia a medicamentos? Indique los medicamentos y el tipo de reaccion _____

Toma usted algun medicamento regularmente? Indique los medicamentos y la dosis que utiliza. Por Favor incluya las vitaminas y cualquier medicina natural. _____

¹ Otro documento de identidad ² Direccion permanente



Antecedentes familiares y geneticos.

Cual es su origen etnico ? _____

Cual es su religion? _____

Las siguientes preguntas nos ayudaran a identificar si entre sus antecedentes familiares existe algun potencial problema genetico

Su familia tiene ó es portadora de fibrosis quistica ? Si No _____

En su familia existe alguien con enfermedad de Tay-Sachs ? Si No _____

Su familia tiene ó es portadora de anemia por Sikle Cell ¹? Si No _____

En su familia existe talasemia ó algun desorden en la sangre? Si No _____

En su familia alguien ha tenido abortos espontaneos ? Si No _____

En su familia alguien ha sufrido de cancer de seno ? Si No _____

En su familia alguien ha sufrido de cancer de ovario ? Si No _____

En su familia hay niños con defectos de nacimiento ?
ó con retardo mental? Si No _____

Hay alguna otra enfermedad que quiera senalar ahora ? Si No _____

¹ Anemia falciforme

Historia Social

Fuma cigarrillos..... Si No _____

Cuantos cigarrillos fuma al dia? _____

Ingiere alcohol..... Si No _____

Cuanto toma usted al dia ? _____ Quanto toma a la semana ? _____

Usa alguna droga recreacional ?..... Si No _____

Sabe usted si ha estado expuesta a alguna sustancia quimica en su trabajo?

Firma _____ **Fecha** _____

Para la officina:

| | |
|------------------------|------------|
| Physician Review _____ | Date _____ |
| Interim history _____ | Date _____ |
| _____ | Date _____ |
| _____ | Date _____ |
| _____ | Date _____ |

¹ Otro documento de identidad

² Direccion permanente

