

Cuestionario Infertilidad Masculina

Nombre : _____ Edad: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo

Numero de Seguridad Social¹: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

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

Nombre de su Urologo : _____ Telefono : _____

Direccion : _____

Nombre de su medico primario : _____ Telefono : _____

Direccion : _____

Numero de embarazos con su actual pareja : _____

Numero de embarazos con parejas anteriores: _____

Por favor coloque en orden cronologico los embarazos concebidos con su(s) pareja(s).

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

comentario

Tiene usted alguna dificultad con la ereccion? Si No _____

Tiene usted alguna dificultad con la eyaculacion ? Si No _____

A tenido algun daño serio en sus genitales ? Si No _____

A tenido alguna infeccion en el pene, testiculos ó prostata ? Si No _____

Alguna vez le han diagnosticado un varicocele ? Si No _____

Tiene usted algun otro problema con sus genitales ? Si No _____

Le han realizado algun espermograma ? Por favor indique cuales fueron los resultados.

Fecha	Medico /Ubicación	Contaje (millones/ml.)	Motilidad	Morfologia

Por favor indique si ha tenido alguna cirugía .

Fecha	Donde?	Procedimiento?	Hallazgos?	Cirujano?

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 tratado 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. _____

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 Sickle 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 señalar 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 expuesto a alguna sustancia quimica en su trabajo ?

Firma _____ **Fecha** _____

Para la officina:

Physician Review _____	Date _____
Interim history _____	Date _____
_____	Date _____
_____	Date _____
_____	Date _____