

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 _____

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 deInfertilidad?	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	Si	No	_____	_____
Histerosalpingografia (HSG)	Si	No	_____	_____
Espermograma de su pareja actual	Si	No	_____	_____
Exámenes de sangre	Si	No	_____	_____
Biopsia de Endometrio	Si	No	_____	_____
Laparoscopia / Histeroscopia	Si	No	_____	_____

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? _____

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. _____

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 _____