



Clínica Arizona Reproductive Medicine Specialists  
1701 E. Thomas Rd. Bldg 1 - Suite 101  
Phoenix, AZ 85016  
602-343-2767 \* Fax: 602-343-2766

**FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE**  
(IMPRIMIR)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la pareja: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_ Casado/a hace \_\_\_ años \_\_\_ Comprometido/a \_\_\_ Soltero/a \_\_\_ En una relación del mismo género hace \_\_\_ años  
NSS del paciente: \_\_\_\_\_ NSS de la pareja: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la pareja: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Raza del paciente: \_\_\_\_\_ Raza de la pareja: \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo de la pareja: \_\_\_\_\_  
Domicilio de facturación: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico confidencial del paciente: \_\_\_\_\_  
Ocupación del paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación de la pareja: \_\_\_\_\_  
Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Empleador de la pareja: \_\_\_\_\_  
Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_ Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Pariente más cercano o pareja \_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono \_\_\_\_\_

**MÉDICO REMITENTE:** \_\_\_\_\_

**OBSTETRA/GINECÓLOGO:** \_\_\_\_\_  
**Número de teléfono del**  
**OBSTETRA/GINECÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Primario**

Nombre de la comp. de seguro \_\_\_\_\_  
Seguro Dirección \_\_\_\_\_  
Asegurado \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Póliza n.º \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
Asegurado Sexo F/M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Copago \$ \_\_\_\_\_ Deducible \$ \_\_\_\_\_

**Secundario**

Nombre de la comp. de seguro \_\_\_\_\_  
Seguro Dirección \_\_\_\_\_  
Asegurado \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Póliza n.º \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
Asegurado Sexo F/M Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Copago \$ \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_

**Autorización para revelar información:** Autorizo la divulgación de cualquier registro médico u otra información para procesar mis reclamos médicos. **Autorización de pago:** Como condición para un tratamiento en este consultorio, comprendo que la práctica depende del reintegro a las pacientes del gasto contraído en su atención médica. La atención médica se paga en el momento del servicio. Si tengo seguro, comprendo que este consultorio AYUDARÁ a obtener la autorización previa; sin embargo, es mi responsabilidad asegurar que la autorización de mis servicios esté en su lugar cuando sea necesario. Si no se recibe la autorización antes de mi cita, soy responsable del pago. Tendré que pagar cualquier servicio que no cubra mi compañía de seguro.

**He leído las condiciones del tratamiento y acepto su contenido.**

Nombre en  
impresa \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DEL PACIENTE

FECHA/HORA DE LA CITA TELEFÓNICA: \_\_\_\_\_ FECHA/HORA DE LA CONSULTA CON EL MÉDICO: \_\_\_\_\_

**OBSTETRA/GINECÓLOGO:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Médico de familia:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Fuente de referencia:** OBSTETRA/GINECÓLOGO - Médico de familia - Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Solicitó ver a un médico específico en ARMS?** Sí / No Si responde sí, ¿qué médico? \_\_\_\_\_

Amablemente, permítanos saber cualquier comentario que influyó en su elección de médicos: \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Tenemos su permiso para enviar correspondencia sobre su tratamiento con nosotros a su OBSTETRA/GINECÓLOGO o a su(s) médico(s) de cabecera? Sí / No

Marque con un círculo la razón **principal** de su visita a nuestro centro: Infertilidad / SOPQ / Tratamiento de terapia hormonal sustitutiva / Menstruaciones irregulares / Otra:

---

---

Describa brevemente cuándo y cómo reconoció este problema.

---

---

---

---

¿Tiene un hijo adoptado? Sí / No Si responde sí, a continuación escriba el nombre, sexo y edad de cada hijo:

---

---

---

---

## CUESTIONARIO DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

Complete su historial de embarazo indicando el número apropiado que corresponde:

Total de embarazos: \_\_\_\_\_ Abortos terapéuticos (opcional): \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_  
Nacimientos completos: \_\_\_\_\_ Pérdida espontánea (abortos): \_\_\_\_\_ Embarazos múltiples: \_\_\_\_\_  
Embarazos prematuros: \_\_\_\_\_ Ectópico- Izquierdo - Derecho - Desconocido: \_\_\_\_\_ Partos de feto muerto: \_\_\_\_\_

¿Cuántos meses o años **acumulativos** tuvo actividad sexual sin utilizar NINGÚN método anticonceptivo y no quedó embarazada? \_\_\_\_\_ Meses / Años

**Solicite los registros en manos de médicos y/u hospitales (especialmente las historias clínicas que demuestran cualquier ciclo de tratamiento de estimulación ovárica en otras clínicas de infertilidad) para enviarlas o traerlas en su primera cita. A pesar de que le pedimos sus registros médicos anteriores, también le pedimos que complete TODAS las siguientes áreas con todos los detalles que pueda brindarnos. Esto les permitirá a nuestros médicos optimizar su tiempo con usted durante sus citas telefónicas o de consulta.**

¿Le realizaron alguno de los siguientes procedimientos de diagnóstico o exámenes de laboratorio?  Sí   No   
**Si responde "Sí", a continuación complete:**

Procedimiento de diagnóstico:	Fecha(s):	Resultados:
_____ Examen post coito (PCT)	_____	_____
_____ Biopsia endometrial (EMB)	_____	_____
_____ Histerosalpingografía (HSG)	_____	_____
_____ Laparoscopia de diagnóstico	_____	_____
_____ Otro _____	_____	_____

Examen de laboratorio:

_____ Prolactina (PRL)	_____	_____
_____ Tiroides Hormona (TSH)	_____	_____
_____ DHEAS	_____	_____
_____ Estimulación folicular Hormona (FSH)	_____	_____
_____ Hormona luteinizante (LH)	_____	_____
_____ Estradiol (E2)	_____	_____
_____ Rubéola	_____	Inmune / No inmune / Desconocido
_____ Otro _____	_____	_____
_____ Análisis de semen (más reciente)	_____	_____ Normal _____ Anormal

**¿Alguna vez controló su temperatura corporal basal (BBT) o utilizó equipos predictores de ovulación (OPK) en su hogar en ciclos naturales (no medicados)? Sí / No (Si responde sí, a continuación complete)**

\_\_\_\_\_ Gráfico de temperatura corporal basal (BBT) ¿En cuántos ciclos naturales graficó su BBT? \_\_\_\_\_  
Cuántos fueron bifásicos \_\_\_\_\_ Fecha del gráfico más reciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Equipos predictores de ovulación (OPK) ¿En cuántos ciclos naturales utilizó OPK? \_\_\_\_\_  
Cuántos ciclos fueron positivos \_\_\_\_\_ Fecha del gráfico más reciente: \_\_\_\_\_

Qué día del ciclo o qué rango de días del ciclo obtuvo su(s) resultado(s) positivo(s): \_\_\_\_\_

¿Obtuvo un resultado positivo dos o más días seguidos? Sí / No \_\_\_\_\_ No lo verifiqué después del primer resultado positivo

## CUESTIONARIO DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

**¿Se ha tratado por infertilidad anteriormente?**     **Sí**     **No** (Si responde sí, complete esta página, de lo contrario vaya a la página 5)

**Indique cuál de los siguientes tratamientos se ha realizado e ingrese la cantidad de ciclos donde obtuvo un determinado tratamiento.** (Marque con un círculo y/o complete con información adicional cuando sea necesario)

**Inducción de ovulación:** *tratamiento para mujeres que NO ovulan.*

**Superovulación:** *tratamiento para mujeres que SÍ ovulan para que puedan generar más de un óvulo cada mes.*

<u>N.º de ciclos</u>	<u>Tipo de tratamiento</u>	<u>Fecha(s) de cada ciclo de tratamiento</u>
<input type="checkbox"/> Solo inseminación (sin medicamentos)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Solo progesterona _____ mg –	Vaginal / Oral / Tópica / INTRAMUSCULAR	_____
<input type="checkbox"/> Inducción de ovulación con Clomid: la dosis máxima fue _____ mg		_____
<input type="checkbox"/> Inducción de ovulación con Femara: la dosis máxima fue _____ mg		_____
<input type="checkbox"/> Inducción de ovulación con Metformina		_____
<input type="checkbox"/> Inducción de ovulación con Metformina y Clomid / Femara		_____
<input type="checkbox"/> Inducción de ovulación con medicamentos inyectables		_____
<input type="checkbox"/> Superovulación con Clomid _____ mg    con / sin inseminación		_____
<input type="checkbox"/> Superovulación con Femara _____ mg    con / sin inseminación		_____
<input type="checkbox"/> Superovulación con Clomid y medicamentos inyectables    con / sin inseminación		_____
<input type="checkbox"/> Superovulación con Femara y medicamentos inyectables    con / sin inseminación		_____
<input type="checkbox"/> Superovulación con medicamentos inyectables únicamente.		_____
<input type="checkbox"/> Fertilización in vitro (IVF)		_____
<input type="checkbox"/> Transferencia Intrauterina de Gametos (GIFT)		_____
<input type="checkbox"/> Transferencia de embriones a las trompas de Falopio (ZIFT)		_____

**¿Cómo se monitorearon los ciclos de tratamiento anteriores?**

Marque con un círculo TODAS las formas de monitoreo:    BBT / OPK / Ultrasonido / Análisis de sangre / NINGUNA

**¿Alguno de los ciclos de tratamiento anteriores resultaron en un embarazo? Si resultó, escriba los detalles a continuación:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indique alguno/todos los medicamentos que utilizó durante el tratamiento de infertilidad:**

<input type="checkbox"/> Antagon	<input type="checkbox"/> Estrace	<input type="checkbox"/> Lupron	<input type="checkbox"/> Pastillas de progesterona
<input type="checkbox"/> Aspirina para niños	<input type="checkbox"/> Femara	<input type="checkbox"/> Luveris	<input type="checkbox"/> Prometrium
<input type="checkbox"/> Parche de estrógeno con Bravelle	<input type="checkbox"/> Follistim	<input type="checkbox"/> Metformina	<input type="checkbox"/> Provera
<input type="checkbox"/> Parche de estrógeno con Climara	<input type="checkbox"/> Ganarelix	<input type="checkbox"/> Novarel	<input type="checkbox"/> Repronex
<input type="checkbox"/> Crema vaginal Crinone	<input type="checkbox"/> Gonal-F	<input type="checkbox"/> Ovidrel	<input type="checkbox"/> Serophene
<input type="checkbox"/> Clomid	<input type="checkbox"/> Heparina	<input type="checkbox"/> Pergonal	<input type="checkbox"/> Terbutaline
<input type="checkbox"/> Estrodial	<input type="checkbox"/> Lovenox	<input type="checkbox"/> Profasi	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Medicamento por vía oral desconocido	<input type="checkbox"/> Medicamento inyectable desconocido	<input type="checkbox"/> Medicamento vaginal desconocido	

**HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: femenina**

**ALERGIAS:**

Enumere los medicamentos a los que es alérgica y la reacción que le produce cuando los toma: \_\_\_\_Ninguno

---

---

---

---

Enumere las alergias a comidas y/o alergias ambientales que tiene: \_\_\_\_Ninguno

---

---

---

---

**MEDICAMENTOS:**

Enumere los medicamentos para fertilidad que está tomando actualmente: \_\_\_\_Ninguno

---

---

---

---

Enumere todos los medicamentos recetados que toma actualmente con las dosis y las fechas de inicio: \_\_\_\_Ninguno

---

---

---

---

Enumere todos los suplementos vitamínicos y herbarios que toma actualmente con las dosis y las fechas de inicio: \_\_\_\_Ninguno

---

---

---

---

**GRUPO SANGUÍNEO:**

Marque con un círculo su grupo sanguíneo: A+ / A- / B+ / B- / AB+ / AB- / O+ / O- / Desconoce

¿Qué documentación tiene de esto? \_\_ Ninguna \_\_ Registros médicos \_\_ Tarjeta de donante \_\_ Otra: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: femenina

### ENFERMEDADES ANTERIORES:

Coloque una "X" junto a las siguientes enfermedades/afecciones que tuvo o tiene: \_\_\_\_\_ Ninguna

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal                                 | <input type="checkbox"/> Gonorrea  | <input type="checkbox"/> Meningitis                    |
| <input type="checkbox"/> Abuso  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Graves                              | <input type="checkbox"/> Migrañas                      |
| <input type="checkbox"/> Adenomiosis  | <input type="checkbox"/> Tiroiditis de Hashimoto                           | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral    |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo  | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                            | <input type="checkbox"/> Embarazo molar                |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Problema/afección cardíaca                        | <input type="checkbox"/> Mononucleosis                 |
| <input type="checkbox"/> Angina   | <input type="checkbox"/> Hematuria   | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple           |
| <input type="checkbox"/> Anorexia   | <input type="checkbox"/> Hemofilia   | <input type="checkbox"/> Paperas                       |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad                               | <input type="checkbox"/> Hemorroides                                       | <input type="checkbox"/> Miastenia gravis              |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis  | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio          |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Asherman                                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                                       | <input type="checkbox"/> Nocturia                      |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                                       | <input type="checkbox"/> Obesidad                      |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                                       | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Historial de dolor de espalda                        | <input type="checkbox"/> Herpes  | <input type="checkbox"/> Oliguria                      |
| <input type="checkbox"/> Tumores benignos                                     | <input type="checkbox"/> Hirsutismo  | <input type="checkbox"/> Osteopenia                    |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de bipolaridad                             | <input type="checkbox"/> Historial de problemas psiquiátricos              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  |
| <input type="checkbox"/> Defectos congénitos                                  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA  | <input type="checkbox"/> Quistes ováricos              |
| <input type="checkbox"/> Disfunción vesical                                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin                             | <input type="checkbox"/> SOPQ                          |
| <input type="checkbox"/> Espasmos vesicales                                   | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales                              | <input type="checkbox"/> Derrame pleural               |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias  | <input type="checkbox"/> VPH   | <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual (SPM)   |
| <input type="checkbox"/> Tendencias de hemorragias                            | <input type="checkbox"/> Hydrosalpinx                                      | <input type="checkbox"/> Neumonía                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios                                  | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia                               | <input type="checkbox"/> Fallo ovárico precoz (FOP)    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____  | <input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia                                | <input type="checkbox"/> Poliuria                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                                  | <input type="checkbox"/> Hipertensión (PS alta)                            | <input type="checkbox"/> Poco olfato                   |
| <input type="checkbox"/> Varicela   | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                                   | <input type="checkbox"/> Deficiencia de la proteína C  |
| <input type="checkbox"/> Clamidia   | <input type="checkbox"/> Hipotensión (PS baja)                             | <input type="checkbox"/> Psoriasis                     |
| <input type="checkbox"/> EPOC   | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                                    | <input type="checkbox"/> Edema pulmonar                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                                  | <input type="checkbox"/> Exposición intrauterina a DES                     | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar              |
| <input type="checkbox"/> Criptorquidismo                                      | <input type="checkbox"/> Incontinencia                                     | <input type="checkbox"/> IU recurrente                 |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                                    | <input type="checkbox"/> Infección   | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios       |
| <input type="checkbox"/> Cistitis   | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Uterinos                | <input type="checkbox"/> Rh negativo                   |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda                            | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: ROD                     | <input type="checkbox"/> Sensibilidad de Rh            |
| <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Endometriosis etapa I   | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide           |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio                                 | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Endometriosis etapa II  | <input type="checkbox"/> Ruptura de bazo               |
| <input type="checkbox"/> Testosterona elevada                                 | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Endometriosis etapa III | <input type="checkbox"/> Ciática                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas endocrinológicos                           | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Endometriosis etapa IV  | <input type="checkbox"/> Alergias estacionarias        |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis  | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Inmunológicos           | <input type="checkbox"/> Septicemia                    |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Ovulatorios             | <input type="checkbox"/> Útero septo                   |
| <input type="checkbox"/> Afección ocular                                      | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Trompas                 | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica          |
| <input type="checkbox"/> Factor V Leiden                                      | <input type="checkbox"/> Factores de infertilidad: Inexplicables           | <input type="checkbox"/> Sinusitis                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de reproducción femenina                   | <input type="checkbox"/> Hernia inguinal                                   | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel                |
| <input type="checkbox"/> Fibromas   | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable                   | <input type="checkbox"/> Problemas de piel             |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia   | <input type="checkbox"/> Infecciones renales                               | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio           |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del X frágil                                | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                                  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia               |
| <input type="checkbox"/> Galactorrea  | <input type="checkbox"/> Leucemia  | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos                                  | <input type="checkbox"/> Trastornos lipídicos                              | <input type="checkbox"/> Problemas en las trompas      |
| <input type="checkbox"/> Afección genética (familiar directo)                 | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares                              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico                              | <input type="checkbox"/> Linfoma   | <input type="checkbox"/> Tumores/Neoplasmas            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional                                 | <input type="checkbox"/> Melanoma maligno                                  | <input type="checkbox"/> Úlcera                        |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma   | <input type="checkbox"/> Sarampión   | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa            |

**TRATAMIENTO ACTUAL:** Enumere las afecciones/enfermedades por las cuales se está haciendo tratar actualmente: \_\_\_\_\_ Ninguna

---

---

---

**HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: femenina**

**INTERNACIONES:** LEnumerarlas en el orden en que ocurrieron (*NO incluya cirugías*): \_\_\_\_ Ninguna

Fecha	N.º de días	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**CIRUGÍAS:** Enumere las cirugías que tuvo anteriormente en el orden en que ocurrieron: \_\_\_\_ Ninguna

Fecha	Nombre del procedimiento	Razón/Diagnóstico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## HISTORIAL GINECOLÓGICO ANTERIOR

¿Cuál fue el primer día de su último período menstrual (LMP)? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando notó por primera vez el desarrollo de mamas? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando notó por primera vez el crecimiento de vello púbico? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_\_

¿A qué edad fueron regulares sus períodos? \_\_\_\_\_

**INTERVALO:** ¿Cuántos días pasan desde el primer día de un período hasta el primer día del próximo período? \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** ¿Cuántos días totales tiene de flujo menstrual? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días de "mucho flujo" tiene durante su período? \_\_\_\_\_

**FLUJO:** (marque con un círculo una opción) Muy poco / poco / moderado / mucho / a veces mucho / variable

**COMPLICACIONES:** Marque con una "X" cualquiera de las siguientes molestias relacionadas con su período: \_\_\_\_\_ NINGUNA

\_\_\_ DISTENCIÓN ABDOMINAL \_\_\_ NAUSEAS \_\_\_ DOLOR DE CABEZA \_\_\_ DOLOR DE ESPALDA \_\_\_ CALAMBRES—leve/moderado/severo

\_\_\_ DOLOR EN LOS PECHOS \_\_\_ PRESENCIA DE COÁGULOS: leve / moderado / severo \_\_\_ SPM: leve / moderado / severo

\_\_\_ MANCHADO o SANGRADO entre períodos \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comienza la molestia y cuánto dura?

\_\_\_\_\_

¿La molestia se alivia con medicamentos? Si es así, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuántas toallitas femeninas utiliza en un período de 24 horas en los días de mucho flujo? \_\_\_\_\_ Toallitas de tela / Toallitas pequeñas / Toallitas grandes

¿Cuántos tampones utiliza en un período de 24 horas en los días de mucho flujo? \_\_\_\_\_ Regular / Súper / Súper Plus

¿Tiene molestias en las relaciones sexuales? Sí / No Si responde sí, descríbala a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene sangrados o manchados durante las relaciones sexuales? Sí / No / Ocasionalmente

¿Tiene sangrados o manchados después de las relaciones sexuales? Sí / No / Ocasionalmente

¿Utiliza algún tipo de lubricación durante las relaciones sexuales? Sí / No / Ocasionalmente

Si es así, ¿cuál?/¿Qué marca? \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántas veces al MES tiene relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

¿Notó algún cambio en su deseo sexual? Sí / No Si responde sí, marque con un círculo una opción: Aumento o Disminución



## HISTORIAL GINECOLÓGICO ANTERIOR

**ANTICONCEPCIÓN:** Marque todas las formas de anticoncepción que utilizó: \_\_\_\_\_ Ninguna

Pastillas anticonceptivas     Preservativos     DIU     Diafragma     Norplant     Nuva Ring: anillo anticonceptivo  
 Depo-Provera: anticonceptivo inyectable     Esponja anticonceptiva     Espermicida  
 Método de calendario     Vasectomía     Ligadura de trompas     Histerectomía

**A continuación, enumere la marca de cada método anticonceptivo que utilizó. Indique la fecha que comenzó a utilizarlo, la fecha que dejó de utilizarlo y el motivo. (Si utilizó varias marcas de pastillas anticonceptivas, enumere cada una por separado. Gracias).**

<u>Marca</u>	<u>Fecha de inicio</u>	<u>Fecha de finalización</u>	<u>Motivo de finalización</u>

¿Fecha de su último Papanicolaou? \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Anormal

¿Alguna vez tuvo un Papanicolaou anormal?    Sí / No    Fecha(s): \_\_\_\_\_

Clasificación/Resultado de la anormalidad: \_\_\_\_\_ Leve / moderado/ severo Displasia    \_\_\_\_\_ VPH    \_\_\_\_\_ Desconoce    \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tratamiento:    Ninguno / Criocirugía / LEEP / Biopsia de cono frío / Láser / Medicamentos / Otro: \_\_\_\_\_

¿Fecha de su última mamografía? \_\_\_\_\_ Nuncame hice    Resultado: \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Anormal

Indique si tuvo alguna vez alguna de las siguientes infecciones/irritaciones en sus órganos pélvicos: \_\_\_\_\_ Ninguna

Infección por hongos     Infección urinaria (IU)     Enfermedad pélvica inflamatoria (PID)     Endometriosis

Estrep B     Herpes     Sífilis     VPH     Verrugas genitales     Gonorrea     Clamidia

Ladillas     Tricomonas     Vaginitis     Vaginitis bacteriana     Otra: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL OBSTÉTRICO ANTERIOR

¿Alguna vez estuvo embarazada? Sí / No *Si responde no, vaya a la página 11. De lo contrario, complete lo siguiente:*

¿Cuál fue el período más corto que tardó para concebir? \_\_\_\_\_ meses / años (marque con un círculo una opción)

¿Cuál fue el período más largo que tardó para concebir? \_\_\_\_\_ meses / años (marque con un círculo una opción)

### Enumere los embarazos en el orden que ocurrieron:

1. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_
3. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL OBSTÉTRICO ANTERIOR (continuación)

5. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_
6. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_
7. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_
8. Fecha de nacimiento (*o fecha de aborto espontáneo/ectópico/aborto/etc.*): \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Estado: (marque con un círculo una opción) vivo / fallecido / ectópico / aborto espontáneo / aborto / Otro: \_\_\_\_\_  
Método de parto: Vaginal / Fórceps / Con ventosa / Cesárea / D y C / Con tubo – Derecho – Izquierdo  
Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_lbs \_\_\_oz Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones: NINGUNA/Desprendimiento de placenta/Placenta previa/Posición podálica /Eclampsia /Hipertensión gestacional  
Insuficiencia para descender / Insuficiencia de progreso / Sufrimiento fetal / Hemorragia / Infección  
Trabajo de parto prematuro / Convulsiones / Otra: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL (Femenina)

¿Fuma tabaco? Sí / No Si responde sí, ¿cuántos paquetes? \_\_\_\_\_ por día / semana / meses por \_\_\_\_\_ años.

¿Toma alcohol? Sí / No Si responde sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ por día / semana / meses por \_\_\_\_\_ años.

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Consume drogas psicoactivas? Sí / No

Si consume, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Consume cafeína? Sí / No Si responde sí, ¿cuántas gaseosas? \_\_\_\_\_ por día / semana / mes. ¿Cuántas tazas de café? \_\_\_\_\_ por día / semana / mes. ¿Cuántas tazas de té caliente / té frío? \_\_\_\_\_ por día / semana / mes.

¿Hace ejercicios habitualmente? Sí / No Si responde sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ veces por semana \_\_\_\_\_  
¿min. / horas cada vez?

¿Peso actual? \_\_\_\_\_ ¿Cuál considera usted que es su peso "ideal"? \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún cambio de peso recientemente? Sí / No Si responde sí, explique a continuación:

\_\_\_\_\_

Preferencia religiosa: \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿sufre de estrés significativo? Sí / No Si responde sí, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa brevemente su dieta: (*Ejemplo: vegetariana, dieta americana convencional, baja en carbohidratos, etc.*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es el título de su trabajo? Explique brevemente qué tipo de trabajo realiza

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

(Paciente femenino únicamente)

Marque esta casilla si fue adoptada y no conoce la historia de su familia biológica:

De lo contrario, complete este formulario con la abreviatura correspondiente para cada miembro familiar que fue afectado con las enfermedades/afecciones que se enumeran a continuación. También indique si están vivos o fallecidos colocando una V o una F al lado de la abreviatura, luego especifique su edad o su edad al fallecer.

**Ejemplo:**

Si la mamá de su mamá murió de cáncer de mama a los 65 años puede escribir: *AB M – F – 65* en el renglón junto a cáncer de mama.

**Utilice solamente las siguientes abreviaturas:**

(*Maternal = familiares de la madre. Paternal = familiares del padre*):

- |                              |                              |                      |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Madre – <b>M</b>             | Padre – <b>P</b>             | Hermana – <b>HNA</b> |
| Abuela materna – <b>AB M</b> | Abuela paterna - <b>AB P</b> | Hermano - <b>HNO</b> |
| Abuelo materno – <b>AB M</b> | Abuelo paterno - <b>AB P</b> | Hija – <b>HA</b>     |
| Tía materna – <b>TA M</b>    | Tía paterna – <b>TA P</b>    | Hijo - <b>HO</b>     |
| Tío materno – <b>TO M</b>    | Tío paterno – <b>TO P</b>    | Primo – <b>PP</b>    |

Enfermedad/Afección	Miembro(s) de la familia afectado(s) – V o F - Edad	Enfermedad/Afección	Miembro(s) de la familia afectado(s) – V o F - Edad
Enfermedad de Alzheimer		Problemas pulmonares	
Aneurisma		Lupus	
Angina		Linfoma	
Asma		Melanoma maligno	
Hemorragias		Enfermedad mental	
Tumor cerebral		Retraso mental	
Problemas de mamas		Migrañas	
Cáncer		Aborto espontaneo	
Colesterolemia		EM	
Enfermedad de arterias coronarias		Miastenia gravis	
Enfermedad de Crohn		Enfermedad neurológica	
Fibrosis quística		Obesidad	
Trombosis venosa profunda		Osteoporosis	
Demencia		Parkinson	
Diabetes		SOPQ	
Diverticulitis		Dificultadas en el embarazo	
Endometriosis		Atritis reumatoide	
Fibromas		Convulsiones	
Problema gastrointestinal		Embolia cerebral	
Reflujo gastroesofágico (GERD)		Suicidio	
Enfermedad de Grave		Enfermedad de la tiroides	
Infarto		Tuberculosis	
Insuficiencia cardíaca		Colitis ulcerativa	
Hepatitis		Causa de muerte indeterminada	
Linfoma de Hodgkin		Enfermedad de Wilson	
Enfermedad de Huntington		Otra enfermedad/afección:	
Hipertensión (presión sanguínea alta)			
Hipertiroidismo (tiroides hiperactiva)			
Hipotiroidismo (insuficiencia de la glándula tiroides)			
Problemas de infertilidad			
Enfermedad renal			
Leucemia			
Enfermedad hepática			

**Revisión de sistemas:** Salud general del paciente femenino. Indique si tiene o no, o si experimentó alguno de los siguientes problemas en los últimos seis meses:

<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Problema</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Problema</u>
___	___	Distensión abdominal	___	___	Crecimiento excesivo del cabello
___	___	Pérdida abrupta de la visión	___	___	Altibajos extremos
___	___	Problemas de acné	___	___	Sentimientos de desesperación
___	___	Adicción al alcohol	___	___	Eritema
___	___	Tendencias adictivas	___	___	Baños calientes o duchas frecuentes
___	___	Síntomas inmunológicos o alérgicos	___	___	Pérdida de cabello
___	___	Anemia	___	___	Dolor de cabeza
___	___	Hinchazón de tobillos	___	___	Palpitaciones
___	___	Poco apetito o cambiante	___	___	Intolerancia al calor
___	___	Dolor de brazo	___	___	Portador de hepatitis B
___	___	Brote de artritis	___	___	Sofocación
___	___	Ataque de asma reciente	___	___	Incapacidad para concebir
___	___	Dolor de espalda	___	___	Vomito inducido
___	___	Comer compulsivamente y ayunar	___	___	Ciclo menstrual irregular
___	___	Encía sangrante	___	___	Irritabilidad
___	___	Tendencia de sangrado	___	___	Dolor de mandíbula
___	___	Sangre en heces	___	___	Dolor articular
___	___	Sangre en orina	___	___	Pérdida de sensación
___	___	Secreción de las mamas	___	___	Pérdida de la visión
___	___	Dificultad respiratoria	___	___	Dolor en la mitad del ciclo
___	___	Propenso a moretones	___	___	Migraña
___	___	Dolor de pecho	___	___	Nauseas y vómitos
___	___	Presión en el pecho	___	___	Sudoración nocturna
___	___	Pies fríos	___	___	Dificultades psiquiátricas o emocionales
___	___	Manos frías	___	___	Violación o abuso sexual
___	___	Intolerancia al frío	___	___	Alergias estacionales
___	___	Constipación	___	___	Disfunción sexual
___	___	Síntomas constitucionales como fiebre, dolor de cabeza, náuseas, mareo	___	___	Dificultad respiratoria
___	___	Tos productiva	___	___	Úlceras cutáneas
___	___	Tos con esputo excesivo	___	___	Problemas para dormir
___	___	Sensación de presión en el pecho	___	___	Pensamientos suicidas
___	___	Llanto	___	___	Intento de suicidio
___	___	Cortes que tardan en sanar	___	___	Opresión en el pecho
___	___	Disminución de la libido	___	___	Cansancio inusual
___	___	Depresión	___	___	Frecuencia urinaria
___	___	Diarrea	___	___	Frecuencia urinaria en la noche
___	___	Diplopía	___	___	Urgencia urinaria
___	___	Cabello seco	___	___	Varices
___	___	Piel seca	___	___	Aumento de peso
___	___	Presión sanguínea alta	___	___	Pérdida de peso, no intencional
___	___	Abuso mental o emocional	___	___	Dificultad para respirar

## CUESTIONARIO DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD (Masculino)

Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico y la reacción que le producen cuando los toma: \_\_\_\_\_ Ninguno

---



---

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluso los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre, vitaminas y/o suplementos herbarios, la dosis y cuándo los toma: \_\_\_\_\_ Ninguno

---



---

Marque con un círculo su grupo sanguíneo: A+ / A- / B+ / B- / AB+ / AB- / O+ / O- / Desconoce  
 ¿Qué documentación tiene de esto? \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_ Historias clínicas \_\_\_\_\_ Tarjeta de donante \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Verifique si tuvo alguna de las siguientes enfermedades/afecciones: \_\_\_\_\_ Ninguno

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela                     | <input type="checkbox"/> Infección de próstata | <input type="checkbox"/> Problemas en los testículos | <input type="checkbox"/> Fiebre alta reciente           |
| <input type="checkbox"/> Sarampión                    | <input type="checkbox"/> Infección en el pene  | <input type="checkbox"/> Varicocele                  | <input type="checkbox"/> Artritis                       |
| <input type="checkbox"/> Paperas                      | <input type="checkbox"/> Impotencia            | <input type="checkbox"/> Disminución de la libido    | <input type="checkbox"/> Úlceras                        |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis                  | <input type="checkbox"/> Infección urinaria    | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Migrañas                       |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis                  | <input type="checkbox"/> Clamidia              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                | <input type="checkbox"/> Neumonía                       |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Herpes                | <input type="checkbox"/> Hipertensión                | <input type="checkbox"/> Bronquitis                     |
| <input type="checkbox"/> Faringitis<br>estreptocócica | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales    | <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (GERD) |

Enumere otra enfermedad/afección importante que tuvo en el pasado:

---



---

Enumere las cirugías que haya tenido en el orden en que ocurrieron: \_\_\_\_\_ No tuve cirugías anteriores.

FECHA	PROCEDIMIENTO	RAZÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere todos los análisis de semen realizados: \_\_\_\_\_ Ninguno

FECHA	CANTIDAD	CONTEO	MOVILIDAD	MORFOLOGÍA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener vello púbico? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando comenzó a afeitarse? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se afeita?

---

¿En cuántas concepciones/embarazos contribuyo anteriormente? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces por mes tiene relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier dificultad cuando tiene relaciones sexuales: \_\_\_\_\_ Ninguna

---



---

**CUESTIONARIO DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD  
(Masculino - continuación)**

¿Fuma /mastica tabaco? Sí / No Si responde sí, ¿cuántos paquetes / latas? \_\_\_\_\_ por día / semana / meses por \_\_\_\_\_ años.

¿Toma alcohol? Sí / No Si responde sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ Bebidas por día / semana / mese/ año

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Consume drogas psicoactivas? Sí / No

Si consume, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Consume cafeína? Sí / No Si responde sí, ¿cuántas gaseosas? \_\_\_\_\_ por día / semana / mes. ¿Cuántas tazas de café? \_\_\_\_\_ por día / semana / mes. ¿Cuántas tazas de té caliente / té frío? \_\_\_\_\_ por día / semana / mes.

¿Hace ejercicios habitualmente? Sí / No Si responde sí, ¿con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_ veces por semana \_\_\_\_\_ min. / horas cada vez.

¿Peso actual? \_\_\_\_\_ ¿Cuál considera usted que es su peso “ideal”? \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún cambio de peso recientemente? Sí / No Si responde sí, explique a continuación:

\_\_\_\_\_

Preferencia religiosa: \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿sufre de estrés significativo? Sí / No Si responde sí, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente su dieta: (*Ejemplo*: vegetariana, dieta americana convencional, baja en carbohidratos, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marque con un círculo qué tipo(s) de ropa interior utiliza: Boxers / Boxers cortos /Calzoncillos/ Bikini/ Prendas/ Ninguna / Otra: \_\_\_\_\_

Especifique si está o estuvo expuesto a:

\_\_\_\_\_ Calor \_\_\_\_\_ Veneno \_\_\_\_\_ Plomo \_\_\_\_\_ Medicamentos oncológicos \_\_\_\_\_ Rayos X \_\_\_\_\_ Esteroides

¿Cuál es el título de su trabajo y qué tipo de trabajo realiza?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**EXAMEN FÍSICO**  
**(para que lo complete nuestro médico)**

SIGNOS VITALES: HT \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ PS \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ UPM \_\_\_\_\_

GENERAL : \_\_\_\_\_

Examen de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta (HEENT):

TIROIDES: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
PECHO: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
CORAZÓN: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
PULMÓN: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
ABDOMEN: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
ESPALDA: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
PIEL/CABELLO Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
EXTREMO Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
NEURO CN :NL \_\_\_\_\_  
MOTRIZ: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
SENSORIAL : Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
GU: EG BUS: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
CUELLO UTERINO/VAGINA: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
ÚTERO: POSICIÓN : \_\_\_\_\_  
TAMAÑO: \_\_\_\_\_  
OTRO: \_\_\_\_\_  
ANEXOS: D: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
I: Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_  
RECTO VAGINAL : CONFIRMADO \_\_\_\_\_  
ULTRASONIDO: INFORME NO REALIZADO O VISTO \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN/LISTA DE PROBLEMAS

PLAN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

Gracias por su ayuda.

O ingesta realizada.



**Clínica Arizona Reproductive Medicine Specialists**  
**CONSENTIMIENTO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE PAGO**

*Firme, feche, y envíe por fax TODOS los formularios de consentimiento junto con el resto de los documentos. Un empleado de ARMS completará las firmas "Testigo" donde sea necesario en el momento de su cita. Gracias.*

El pago por los servicios profesionales se realiza en el momento del servicio.  
Aceptamos efectivo, cheques personales y la gran mayoría de las tarjetas de crédito.

### **Seguro**

**Es su responsabilidad saber qué cubre su seguro y qué no. Usted es completamente responsable de todos los gastos que no cubre su seguro. Algunos planes de seguro limitan la cantidad de procedimientos que cubren dentro de un ciclo de tratamiento, por eso algunas veces su seguro no cubrirá todos los procedimientos realizados.**

Si recibimos toda la información de su seguro 48 horas antes del día de su cita y podemos confirmar la elegibilidad, podremos realizar reclamos en su nombre por los servicios cubiertos. La precisión de toda la información que recibimos es esencial para realizar un reclamo adecuado. Le ayudaremos a calcular su parte del gasto de los servicios; sin embargo, no podemos garantizar lo que su compañía de seguro pagará por un reclamo. Comprenda que realizar sus reclamos es una gentileza que nuestro consultorio le brinda a los pacientes, pero no garantiza el pago. Nosotros le brindamos nuestros servicios profesionales, ¡no la compañía de seguro! Debido a esto, usted es completamente responsable por el pago de nuestras tarifas.

Por ejemplo, si su seguro dice que cubre solamente el examen de diagnóstico, significa que su seguro no pagará el ciclo medio o el ultrasonido folicular de un ciclo de tratamiento. Tendrá que pagar este tipo particular de ultrasonido.

### **NUESTRO CONSULTORIO NO DETERMINA LOS BENEFICIOS**

. Habrá notado que a veces su aseguradora médica le reintegra a usted o al médico una tarifa menor que la tarifa real del médico. Generalmente, las compañías de seguro dicen que los reintegros fueron reducidos porque la tarifa de su médico excedió la tarifa usual, habitual o razonable ("UCR") que utiliza la compañía.

Una afirmación como esta da la impresión de que cualquier tarifa mayor al monto abonado por la compañía de seguro no es razonable o está muy por encima de lo que la mayoría de los médicos cobran por un servicio determinado. Esto puede resultar engañoso o simplemente no es adecuado.

Las compañías de seguro establecen sus propios programas y cada compañía utiliza diferentes grupos de tarifas que consideran permisibles. Estas tarifas permisibles pueden variar ampliamente porque cada compañía recopila información de cada reclamo que procesa. Luego, la compañía de seguro toma estos datos y elige arbitrariamente un nivel que denomina Tarifa UCR "permisible". Generalmente, estos datos pueden ser de tres a cinco años atrás y la compañía de seguro fija esas tarifas "permisibles" para poder ganar de un 20% a un 30% neto.

Lamentablemente, las compañías de seguro insinúan que su médico le está "cobrando de más" en lugar de decir que ellos están "pagando mal" o que sus beneficios son menores. Generalmente, una póliza de seguro menos costosa utilizará una tarifa usual, habitual o razonable (UCR) menor.

Una vez que su médico determina su protocolo de tratamiento, ARMS, por su solicitud, le brindará una visita financiera para analizar el próximo tratamiento e identificará los gastos de los procedimientos previstos. Sin embargo, una vez que comienza el tratamiento, solo algunos pacientes necesitan procedimientos adicionales. Nuestros clínicos no anunciarán estos procedimientos como "adicionales", debido a que le brindan la atención solamente según las necesidades individuales. (Por ejemplo, estos procedimientos se relacionan con ultrasonidos o análisis de sangre adicionales para monitorear los efectos de los medicamentos durante la estimulación ovárica).

A menos que tenga un consentimiento escrito con ARMS, todos los precios cotizados están cotizados con una tarifa de acuerdo de servicios. Con la tarifa de acuerdo de servicios, se le cobrará por todos los servicios provistos por ARMS, y no tendrá derecho a un reembolso en el caso que, por cualquier motivo, el tratamiento no sea exitoso. Este consentimiento no se puede modificar con un consentimiento verbal.

**Es su responsabilidad realizar un seguimiento de los servicios provistos a medida que avanza en sus ciclos de tratamiento individual. Usted pagará todos los servicios provistos, incluso si esos servicios no fueron anticipados cuando comenzó el tratamiento y no están incluidos en su visita financiera. Los gastos que son responsabilidad del paciente y no se hayan abonado luego de 30 días están sujetos a un cargo administrativo de \$15.00 por ciclo de facturación.**

Soy responsable de todos los gastos contraídos y de pagar mi cuenta. Si mi cuenta es enviada a un abogado o a una agencia de cobro, acepto pagar las tarifas razonables de un abogado y/o los gastos de la agencia de cobro (actualmente a un 30%). El monto de la tarifa del abogado debe ser establecido por el tribunal y no por un jurado en el tribunal. A una cuenta deudora se le aplicarán intereses a una tarifa legal.

Si tengo derecho a los beneficios de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro, los beneficios son asignados por la presente a ARMS o al grupo prestador de servicios, por la solicitud de mi factura. Sin embargo, COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR MI FACTURA. En la prestación de servicios, ARMS confía en la aceptación de pago de mi cuenta.

Leí y comprendí los términos y condiciones de pago de ARMS.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

T:\ARMS\Packets\New Patient Packet Consent Forms\Consent forms.doc

---



## PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO DE ARIZONA REPRODUCTIVE MEDICINE SPECIALISTS

Ser padre es una responsabilidad importante. Mientras continua con su tratamiento, queremos informarle algunos temas:

### Vitaminas

Una dieta saludable es la fuente de vitaminas más importante. Si su dieta es dudosa, se recomienda un suplemento vitamínico. Además, se recomienda que acompañe su dieta con 0.4 mg de ácido fólico para una protección contra defectos neurológicos de nacimiento. Si tiene un historial de dar a luz a un niño con un defecto del tubo neural, la dosis de ácido fólico debe ser de 4 mg diarios. Consulte a su médico si tiene alguna pregunta sobre esto.

### Exámenes ginecológicos de rutina

Es importante que haya realizado correctamente sus exámenes ginecológicos de rutina, incluso el Papanicolaou. Si no se realizó un Papanicolaou en un año, necesitará realizarse uno con su proveedor de atención primaria u OBSTETRA/GINECÓLOGO.

### ANÁLISIS DE SANGRE:

#### Análisis de sangre para rubéola

Existen algunas infecciones que tienen consecuencias graves durante el embarazo. La rubéola es una de esas infecciones. Nuestro consultorio necesita documentación escrita para saber que es inmune a la rubéola. Si no se hizo ese análisis, tendremos que hacer uno.

#### Infección por clamidia

Clamidia es una enfermedad de transmisión sexual. Una infección por clamidia reciente o anterior puede afectar significativamente la fertilidad. Un análisis de sangre para detectar los anticuerpos de la clamidia puede indicar una infección anterior y puede predecir la causa de infertilidad. Si es positivo, trataremos a la pareja para asegurarnos de que no continúe una infección oculta. Si no se hizo un análisis de sangre reciente, solicitaremos que se haga uno.

#### Evaluación de fibrosis quística

Los Institutos Nacionales de la Salud recomiendan que todas las parejas que desean concebir se hagan un examen para analizar el estado de portador de fibrosis quística. Revise el folleto adjunto "Prueba de portador de fibrosis quística". El seguro no cubre este examen. El precio de este examen es de \$210.00.

#### Disautonomía familiar

El comité de genética ACOG recomienda que las parejas de descendencia judía ashkenazita deben realizar el análisis de portador de disautonomía familiar. El análisis de portador está disponible para mucopolidosis IV, enfermedad de Niemann-Pick tipo A, anemia de Fanconi grupo C, síndrome de Bloom y enfermedad de Gaucher.

#### Otras infecciones

El SIDA, hepatitis, sífilis no solo pueden causar complicaciones serias en su salud, sino que pueden afectar significativamente a un embarazo. Pensamos que es prudente que cada pareja se haga estos análisis para asegurarse de que no padecen esas afecciones. Solicitamos que todos los pacientes que reciben tratamiento con gametos donados y con tecnologías de reproducción avanzadas se hayan hecho estos análisis dentro de los últimos doce meses. Otros pacientes pueden elegir no realizar estos análisis. Si elige no hacerse estos análisis, o si desea que estos análisis se realicen, infórmeselo a nuestra enfermera o ayudante médico

**\*\*Su médico puede recomendarle estos u otros análisis.**

Comprendemos que el SIDA, hepatitis y sífilis pueden ser infecciones graves para el embarazo y pueden causar un daño importante a nosotros mismos y a cualquier embarazo que resulte de un tratamiento. Analizamos cuidadosamente este tema y decidimos:

**Preferimos:** (Marque una opción)  no realizar estos análisis  realizar una muestra de sangre para estos análisis en ARMS.  
 realizar la muestra de sangre para estos análisis con un proveedor de atención primaria.

Si marca realizar la muestra de sangre en algunas de las condiciones anteriores, **indique los análisis que desea realizar:**

Análisis de VIH  Análisis de sífilis  Análisis de hepatitis  
 Análisis de fibrosis quística  Análisis de disautonomía familiar

\_\_\_\_\_  
Marido

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Mujer

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Clínica Arizona Reproductive Medicine Specialists**

---

### **Consentimiento de tratamiento**

**Tratamiento médico:** El paciente acepta el tratamiento, los servicios y los procedimientos que se realizarán en este consultorio, que pueden incluir, entre otros, varias visitas, procedimientos de laboratorio, evaluaciones de ultrasonido, evaluaciones de rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia, o servicios hospitalarios prestados bajo instrucciones generales o específicas del médico responsable u otro proveedor de asistencia médica. El consultorio puede establecer algunos criterios que pueden provocar automáticamente la realización de análisis específicos que el paciente acepta realizar sin otro consentimiento.

**Relación legal entre el consultorio y los proveedores de asistencia médica:** El paciente será tratado por su médico tratante, médico residente o proveedor de servicios médicos y estará bajo su cuidado y supervisión.

**Programa de capacitación:** Los especialistas en medicina reproductiva de Arizona son miembros matriculados de la Universidad de Arizona y del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro médico regional Banner Good Samaritan. Como tal, nuestros médicos participan en la capacitación de residentes y residentes OBSTETRAS/GINECÓLOGOS, y ocasionalmente en la capacitación de estudiantes de medicina de cuarto año. Por lo tanto, los estudiantes de medicina, los residentes y asociados pueden participar de su atención realizando entrevistas médicas, exámenes físicos y ultrasonidos bajo la supervisión directa de un médico de ARMS. Ayudarán a los médicos de ARMS durante las cirugías. Los residentes y asociados NO realizan los procedimientos críticos, como ciclos de FIV, extracciones de óvulos y transferencia de embriones.

He leído y entendido este acuerdo de tratamiento. Soy el paciente, el padre de un menor o el representante legal de un paciente y estoy autorizado para firmar este consentimiento en nombre del paciente.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### **Póliza de cancelación**

Es nuestra política llamar y confirmar las citas antes del horario de la cita programada. Si no podemos comunicarnos con usted y dejamos un mensaje de voz recordando su cita, esperamos una confirmación el mismo día que se envió el mensaje. Puede hacerlo llamando o hablando con el personal de nuestro consultorio, o puede dejar un mensaje de voz si es fuera de horario. **Si no recibimos su confirmación, el horario de su cita será dado a otra persona.**

Comprendemos que a veces es imposible mantener su cita programada. Sin embargo, si sabe con anticipación que no podrá asistir a su cita, solicitamos que nos informe por lo menos 24 horas antes para que podamos programar una cita con otro paciente en su horario. Para informarnos, llámenos al 602-343-2767. Tenemos un servicio de mensajería de voz disponible los fines de semana y por las noches para que pueda dejarnos un mensaje si es necesario.

Si no llama para cancelar o no se presenta a su cita luego de confirmarla, se le cobrará el monto total de su cita programada. Su compañía de seguro no cubre este gasto y por lo tanto, usted deberá pagarlo. Esta póliza nos ayudará a atender de manera más eficiente a nuestros pacientes. Gracias por su ayuda en este asunto.

Leí, entendí y acepto cumplir la póliza de cancelación de ARMS.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**T:\ARMS\Packets\New Patient Packet Consent Forms\Consent forms.doc**

**Informed Consent/Decline for  
Cystic Fibrosis Carrier Testing**

I have read, or had read to me, the information in this brochure and I understand it. Before signing this form, I have had the opportunity to discuss CF carrier testing with my doctor, someone my doctor has designated, or to a genetic professional. I have all the information I want, and all my questions have been answered. I have decided that:

- I do not want CF carrier testing.
- I want CF carrier testing.

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

This brochure and form are provided as a service by Genzyme Genetics. Genzyme Genetics is not liable for any errors.

[www.genzyme.com/genetics](http://www.genzyme.com/genetics)

Cystic Fibrosis  
Carrier Testing

Cystic Fibrosis  
Carrier Testing

genzyme

**About Genzyme Genetics**

Genzyme Genetics has been a world leader in genetic testing and counseling services for more than 30 years. This brochure is provided by Genzyme Genetics as an educational service for physicians and their patients. For more information on our genetic testing and counseling services, please visit our web site at [www.genzyme.com/genetics](http://www.genzyme.com/genetics).



genzyme

©2005 Genzyme. All rights reserved.  
0261-0478

## Cystic Fibrosis Carrier Testing

The American College of Obstetrics and Gynecologists recommends that couples planning a pregnancy, or those already pregnant, be informed about cystic fibrosis (CF) and CF carrier testing. Testing can help determine if a couple is at risk of having a child with CF.

This brochure contains general information about CF, how it is inherited and CF carrier testing. It is our hope that you find this information helpful, but if you have any additional questions please contact your doctor or genetics professional.

### What is cystic fibrosis (CF)?

CF is a genetic disease that affects about 1 in 3,500 people in the United States. CF causes the body to produce abnormally thick mucus, leading to life-threatening lung infections, digestion problems, diabetes, poor growth and male infertility. Symptoms of the disease range from mild to severe. Individuals with mild CF may reach adulthood and be unaware that they have the disease. However, the average life span for individuals with CF is 50 years. CF does not affect intelligence.

### What is a CF carrier?

Every person has two copies of a gene, one inherited from each parent. If a person has one normal CF gene and one abnormal CF gene, then that person is a carrier of CF. Having only one abnormal copy of the CF gene is not enough to cause the disease, so a CF carrier will not have any symptoms.

### How is CF inherited?

If both parents are carriers of an abnormal CF gene, then there is a chance that each parent will pass the abnormal gene on to their child. Having two copies of the abnormal CF gene results in CF.

With each pregnancy there is a (See Table 1):

- 25% (1 out of 4) chance that the child will inherit two normal CF genes, and will be neither a carrier, nor affected with the disease.

- 25% (1 out of 4) chance that the child will inherit one normal and one abnormal CF gene, and will be a carrier of CF.

- 25% (1 out of 4) chance that the child will inherit two copies of an abnormal CF gene – one from each parent – and will be affected with the disease.

Table 1



We often diagram these and if both parents are carriers of the same disease gene (aa), each child has a 25% chance of having the disease (AA) and a 75% chance of not having the disease (Aa, aA or aa). The chance for the same for each pregnancy, so every time you get a child in a couple has, and not only the same for boys and girls.

### Can anyone be a CF carrier?

Yes. If there is no one in your family with CF, your risk for being a CF carrier is determined by your ethnic background (See Table 2). CF is more common among people of Caucasian and Ashkenazi Jewish descent. The disease is less common among those of Hispanic, African American, Native American or Asian backgrounds.

If someone in your family has CF, then your chance of being a carrier is increased. The chance is even greater if the person with CF is a close relative.

Table 2

Ethnicity	CF Carrier Risk in People with No Family History of CF
Caucasian	1 in 25
Ashkenazi Jewish	3 in 25
Hispanic	1 in 46
African American	1 in 85
Asian	1 in 90

### What is the CF carrier test?

The CF carrier test provides specific information about whether or not individuals are CF carriers, and therefore about their risk of having a child affected with CF. The test requires a simple blood sample and results are usually ready within 5 to 10 days. If a couple has not yet conceived, one partner is usually tested first. If that person is found to be a CF carrier, the other partner should be tested. If a woman is already pregnant, both partners may be tested at the same time.

### What do the results mean?

CF carrier testing tells you if there is a greater chance that you are a carrier. A negative result significantly lowers, but does not completely eliminate, the risk of being a CF carrier. Extremely rare abnormalities (mutations) in the CF gene are not included in carrier testing.

### What additional testing will be needed if both parents are carriers?

If both partners are determined to be CF carriers, prenatal testing by chorionic villus sampling (CVS) or amniocentesis can be performed to determine whether or not the unborn baby has inherited the two abnormal CF genes. If a couple does not want prenatal diagnosis, then testing the baby for CF after birth is also an option.

### Is CF testing required?

No. The decision to accept or decline testing is entirely up to the individual or couple.

### Informed Consent/Decline for Cystic Fibrosis Carrier Testing

You should be certain you understand the following points:

1. The purpose of the test is to determine whether I am a carrier of one of the common CF mutations.
2. The decision to have CF carrier testing is completely mine.
3. The test does not detect all CF carriers.
4. If I am a carrier, testing my partner will help me learn more about the chance that our baby could have CF.
5. If one parent is a carrier and the other is not, it is still possible that the baby will have CF, but the chance is very small.
6. If both parents are carriers, prenatal testing can be done to find out whether or not the baby has inherited the CF gene.
7. The laboratory needs accurate information about my family history and ethnic background for the most accurate interpretation of the test results.
8. No other test will be performed and reported on my sample unless authorized by my doctor, and my consent portion of my original sample will be destroyed within two months of receipt of the sample by the laboratory.
9. The laboratory will disclose the test results ONLY to my doctor, or to his/her agent, unless otherwise authorized by me or required by law.

(© 2004 National Society of Human Genetics)