

Dominion Fertility
Suite 301
46 S. Glebe Rd.
Arlington, VA 22204

Cuestionario de información del paciente

Historial de la mujer

1. Nombre de la paciente _____ 2. _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE

3. Fecha de nacimiento ___/___/___ 4. Edad _____ 5. Estatura _____ 6. Peso _____

7. Ocupación _____

8. **Problemas médicos** Por favor encierre en un círculo todos los que correspondan:

- a. nunca tuvo períodos menstruales
- b. dejó de tener períodos menstruales
- c. períodos menstruales irregulares
- d. dolor pélvico
- e. flujo sanguíneo entre períodos
- f. períodos menstruales de alto flujo
- g. períodos generalmente de bajo flujo
- h. no puede quedar embarazada
- i. nunca ha estado embarazada
- j. quedó embarazada antes, pero no puede hacerlo ahora
- k. puede quedar embarazada, pero aborta espontáneamente
- l. tiene los tubos ligados, cortados o quemados, y desea restitución al estado anterior
- m. problemas en los senos (secreción, bultos o dolor)
- n. sobrepeso
- o. peso insuficiente (según sus parientes o amigos)
- p. exceso de pelo en la cara y/o cuerpo
- q. otros problemas ginecológicos (listar a continuación)

9. Si encerró en un círculo la letra “q”, por favor proporcione detalles.

Otra información pertinente Por favor encierre en un círculo las letras apropiadas.

10. ¿Hace ejercicios? (a) no (b) de vez en cuando (c) moderadamente (d) vigorosamente y con regularidad

11. ¿Realiza entrenamiento vigoroso para deportes competitivos (inclusive danza)? (Sí/No)

12. (a) ¿Fuma tabaco? (b) ¿usa marihuana? (c) ¿bebe por lo menos una bebida alcohólica al día?

13. Medicamentos que toma actualmente (inclusive vitaminas): _____

14. Indique el nombre de otros médicos que lo atienden, junto con la especialidad.

15. Indique cualquier alergia conocida

16. Edad en que notó el desarrollo de los senos ()

17. Edad en que notó el vello púbico ()

18. Edad en que tuvo su primer período menstrual ()

19. ¿Tomó su madre hormonas cuando estaba embarazada con usted? (Sí/No)
Si la respuesta es “Sí”, ¿cuál hormona? _____

20. ¿Cuántos días transcurren desde el comienzo de un período menstrual al siguiente (generalmente)? _____

21. ¿Puede notar cuando va a tener un período menstrual? (Sí/No) ()

22. De ser así, ¿cómo? (encierre en un círculo todos los que corresponden)

- a. sensibilidad en los senos
- b. cambios en la personalidad
- c. sensación de llenura pélvica
- d. hinchazón en los tobillos o muñecas
- e. dolores de cabeza

23. Tiene usted (a) flujo sanguíneo entre períodos menstruales, (b) períodos menstruales de alto flujo que causan debilidad, (c) períodos menstruales de flujo casi ausente o muy ligero

24. Fecha de su último período menstrual (mes/día/año) / /

25. Si sus períodos son irregulares, ¿cuántos meses pueden pasar sin que tenga uno?

26. Si tiene dolor, ¿es peor (a) antes del período (b) durante, o (c) después? (encierre en un círculo la letra apropiada).

27. ¿Qué medicamento toma para calmar el dolor? _____ ¿Le ayuda? (sí/no/algunas veces).

28. Si su problema es ausencia de periodos menstruales, ¿tiene usted alguno de los siguientes?

- a. acaloramientos súbitos
- b. sequedad vaginal (molestia durante las relaciones sexuales)
- c. sangrado vaginal ligero

29. ¿Toma hormonas? (Sí/No) () En caso afirmativo, ¿cuál(es) hormona(s)?

30. Otros comentarios respecto a sus períodos menstruales no cubiertos anteriormente:

31. ¿Nombre de su ginecólogo habitual? _____

32. ¿Ha tenido un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou? (Sí/No)

Si la respuesta es "Sí", se realizó el tratamiento mediante (a) biopsia (b) antibióticos (c) congelamiento del cuello uterino (d) cauterización del cuello uterino (e) otra cirugía

33. Fecha de la última prueba de Papanicolaou (/ /) ¿Normal? (Sí/No)

34. ¿Ha tenido alguna vez infección de las trompas? (Sí/No)

35. Si fue más de una vez, ¿cuántas veces? ()

36. ¿Incluyó antibióticos el tratamiento? (Sí/No)

37. ¿Ha sido hospitalizada alguna vez por infección(es) de las trompas? (Sí/No)

38. ¿Qué edad tenía cuando tuvo la(s) infección(es) ()

39. ¿Ha tenido gonorrea? (Sí/No) Si la respuesta es (Sí), ¿a qué edad? ()

40. ¿Ha tenido sífilis? (Sí/No) Si la respuesta es (Sí), ¿a qué edad? ()

Embarazos anteriores. Por favor liste todos, incluso abortos espontáneos y electivos. Indique la fecha del parto o del aborto, el número de meses que estuvo embarazada, encierre en un círculo el resultado (vaginal, cesárea, aborto espontáneo o electivo) y si hubieron complicaciones posteriores al parto, tales como infección o fiebre.

FECHA	MESES	RESULTADO	COMPLICACIONES
41. / /	42. ____	43. normal, cesárea, aborto espontáneo/electivo	44. sí/no
45. / /	46. ____	47. normal, cesárea, aborto espontáneo/electivo	48. sí/no
49. / /	50. ____	51. normal, cesárea, aborto espontáneo/electivo	52. sí/no

53. Comentarios, si no pudo listarlos arriba _____

54. Píldoras, en caso de haber usado, se tomaron durante:

- a) menos de 1 año
- b) 1-2 años
- c) 2-5 años
- d) más de 5 años

55. ¿Tuvo complicaciones que se atribuyeron a la píldora?

- a) períodos menstruales irregulares o ausentes
- c) derrame cerebral o afección cardíaca
- d) alta tensión arterial
- d) diabetes
- e) otro (listar)

56. El dispositivo intrauterino (IUD por sus siglas en inglés), si se usó, estuvo colocado desde

/ / hasta / / y;
 / / hasta / / y;

57. Los problemas con el dispositivo intrauterino incluyeron:

- a. sangrado anormal que requirió extracción del dispositivo intrauterino
- b. perforación del útero que requirió cirugía
- c. embarazo hasta su término (parto) con el dispositivo intrauterino instalado
- d. infección que requirió extracción del dispositivo intrauterino
- e. embarazo con el dispositivo intrauterino que resultó en aborto subsiguiente
- f. ninguno

58. Otros métodos anticonceptivos usados incluyen: (a) diafragma, (b) condón, (c) espuma, (d) tapón cervical, (e) el ritmo

59. Cirugías abdominales previas (encierre en un círculo las letras apropiadas y llene la fecha)

- a. tuboplastia / /
- b. extracción de fibromas / /
- c. histerectomía / /
- d. extracción de biopsia del (de los) ovario(s) / /
- e. apendectomía / /
- f. cirugía intestinal / /
- g. extracción de las trompas / /
- h. eliminación de adhesiones (tejido cicatrizante) / /
- i. esterilización por laparoscopia / /
- j. esterilización mediante otra técnica / /

60. Otra cirugía, no listada anteriormente _____

61. Liste todos los medicamentos que toma, con receta y sin receta. _____

62. Liste cualquier afección médica significativa por la cual haya sido o esté siendo tratada. _____

63. Si tiene problemas con alguno de los siguientes, por favor encierre en un círculo las letras apropiadas.

- a. dolor de cabeza, convulsiones, derrame cerebral
- b. problemas con los senos nasales, sangrado por la nariz, problemas de oído
- c. dificultad para tragar o hablar
- d. asma, tuberculosis, tos con sangre, neumonía, tos crónica
- e. problemas cardíacos, murmullos, latidos irregulares, fiebre reumática
- f. problemas digestivos, náusea, vómitos, úlceras, ictericia, diarrea, defecación de color negro, estreñimiento
- g. infecciones renales, infecciones de la vejiga, cálculos renales, sangre en la orina
- h. incontinencia urinaria
- i. dolor en los huesos o articulaciones (artritis)
- j. problemas dérmicos (acné, pelo excesivo)
- k. problemas nerviosos (ansiedad, depresión)
- l. contusiones frecuentes, sangrado que no se detiene fácilmente
- m. diabetes, problemas de la tiroides

64. Cuántas veces a la semana tiene relaciones sexuales (en promedio)

65. Las relaciones sexuales son dolorosas (a) nunca, (b) algunas veces, (c) con frecuencia, (d) generalmente.

66. Si siente dolor, éste es: (a) en la vagina, (b) más profundamente, adentro, hacia la parte frontal, (c) adentro, hacia la parte trasera (cerca del recto).

67. El dolor ha estado presente (a) menos de un año, (b) 1-3 años, (c) 4-5 años, (d) más de 5 años

68. ¿Ha sido tratada con medinas o cirugía para el dolor? (Sí/No). De ser así, ¿con cuál de ellas?

69. Porcentaje de veces que tiene orgasmo durante las relaciones sexuales (a) 0% (b) 25% (c) 50% (d) 75% (e) más del 75%.

Otros asuntos que desea comentar _____

15. Ha sido tratado por bajo conteo de espermias mediante:

- a) cirugía de varicocele
- b) inyección de hormonas (HCG)
- c) clomid
- d) vitaminas y otras hormonas
- e) congelamiento y concentración de espermias
- f) uso de su espermia para inseminación artificial

16. ¿Usa usted marihuana? (Sí/No) Si la respuesta es Sí: (a) de vez en cuando, (b) moderadamente, (c) uso intenso

17. Bebidas alcohólicas por día: () cervezas; () copas de vino; () tragos de licor fuerte

18. ¿Hace ejercicios? (a) No, (b) de vez en cuando, (c) moderadamente o (d) vigorosamente o con regularidad

19. ¿Realiza entrenamiento para deportes competitivos? (maratones, etc.) (Sí/No)

20. Liste cualquier enfermedad significativa por la que haya estado bajo atención médica durante los últimos 5 años _____

21. Liste todos los medicamentos que ha tomado durante el último año _____

22. Liste los productos químicos con los cuales ha estado en contacto de manera regular _____

Historial de infertilidad (la pareja)

1. Si su problema es INFERTILIDAD, ¿cuanto tiempo han tratado de lograr un embarazo? () años.

2. ¿Han recibido diagnóstico o tratamiento por otro médico? (Sí/No) () Si la respuesta es Sí, ¿qué pruebas fueron hechas?

(Encierre en un círculo las letras apropiadas)

- a. diagramas de temperatura
- b. biopsia endometrial
- c. HSG (radiografía de las trompas)
- d. análisis de espermias
- e. pruebas posteriores al coito
- f. prueba de Rubin
- g. laparoscopia

3 Liste la(s) letra(s) de las pruebas anteriores cuyos resultados fueron anormales.

_____, _____, _____, _____, _____, _____

4. ¿Qué tratamientos ha recibido para la infertilidad?

- | | |
|---|------------------------|
| a. Clomid | Número de ciclos _____ |
| b. Gonadotropinas (Fertinex, Gonal F, etc.) | Número de ciclos _____ |
| c. ART (IVF, GIFT) | Número de ciclos _____ |

Historial genético/étnicidad

Es posible detectar algunas afecciones genéticas mediante pruebas de laboratorio. Por favor indique a continuación si alguna de las siguientes categorías está incluida en su historial familiar:

Esposa/pareja mujer

- [] Afroamericano
- [] Latino/italiano (Mediterráneo)
- [] Judío

Esposo/pareja hombre

- [] Afroamericano
- [] Latino/italiano (Mediterráneo)
- [] Judío

Dominion
FERTILITY

ARLINGTON
Suite 301
46 S. Glebe Road
(703) 920-3890

SIBLEY HOSPITAL
Suite 500
5255 Loughboro Road NW
(202) 537-4591

RESTON
Suite 120
1800 Town Center Drive
(703) 920-3890

LOUDOUN
Suite 220
44055 Riverside Parkway
(703) 920-3890