



Historial Clínico del Paciente

Fecha de la consulta: _____

Médico: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tu ocupación y empleador: _____

Nombre del cónyuge/pareja: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ocupación y empresa del cónyuge/pareja: _____

Si te refirió otro médico favor de anotar su nombre y dirección: _____

INFORMACIÓN DE TU CONDICION ACTUAL

Motivo de tu visita: _____

Describe con el mayor detalle posible acerca de los antecedentes de tu problema actual: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO:

NOTAS: _____

¿Se revisaron todos los expedientes de fuentes externas con el paciente? [] No [] Si

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS:

¿Tienes alguna alergia o sensibilidad a:

Medicamentos: No Si Menciona: _____
 Yodo/tintes/mariscos: No Si Menciona: _____
 Latex: No Si Menciona: _____

Anota los medicamentos que actualmente estás tomando. Escribe el nombre, el motivo por el cual lo estás tomando, y desde hace cuanto tiempo:

Medicamento	Motivo	Fechas/duración/última toma
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

HISTORIAL CLÍNICO:

Peso Actual: _____ Estatura Actual: _____

¿Alguna vez has estado hospitalizado(a) por otras razones que no sean por embarazo o cirugía? No Si Si es así, favor de anotar fecha, motivo, duración de la hospitalización, y nombre del hospital: _____

¿Alguna vez has estado expuesto(a) a químicos, sustancias tóxicas, o radiación? No Si

¿Alguna vez has sufrido un accidente serio? No Si Si es así, da detalles: _____

¿Alguna vez has recibido una transfusión sanguínea? No Si Si es así, da detalles: _____

¿Has padecido algo de lo que a continuación se menciona? Marca todos los que aplican.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión, rubéola, paperas | <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica o seria |
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar o infecciones urinarias recurrentes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Supuración de los pezones | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (azúcar elevada en la sangre) |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades de la niñez | <input type="checkbox"/> Desordenes psiquiátricos (depresión, ansiedad...) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente o infección pélvica | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardi/vascular, prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Abortos múltiples |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o de intestino, úlceras | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta o baja (circula) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares, bronquitis crónica o asma | <input type="checkbox"/> Bebé con defectos, retraso, o anomalías genéticas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón o cálculos renales | <input type="checkbox"/> Desordenes de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolores crónicos de cabeza, migrañas | <input type="checkbox"/> Sentido débil del olfato |
| <input type="checkbox"/> Anemia o problemas de coagulación sanguínea | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Traumas en la cabeza | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedades del hígado |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Anota tu historial quirúrgico. Favor de anotar legrados y cirugías en el cervix.

Fecha(s)	Tipo(s) de Cirugía	Nombre(s) de (los) Cirujano(s) y Hospital(es)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

Anota cualquier desorden que TÚ padezcas actualmente o has padecido en el pasado:

Constitucional

- Incremento o disminución de apetito (favor de circular)
- Aumento o pérdida de peso (favor de circular)
- Dificultad para concentrarte
- Bochornos/sudoración nocturna
- Fatiga

Genitourinario

- Infecciones de vejiga (Cistitis)
- Infecciones del riñón
- Otros problemas de riñón o vejiga _____

Músculo-esquelético

- Lupus eritematoso
- Temblores
- Artritis reumática/dolor en articulaciones
- Desorden auto-inmunológico
- Problemas con el olfato
- Otro: _____

Sistema central nervioso

- Mareo
- Otro: _____

Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- Problemas de cabeza, ojos, nariz, o garganta
- Problemas visuales
- Otros: _____

Hematológico

- Anemia
- Desordenes de coagulación sanguínea / tendencia a sangrar
- Anemia de células falciformes
- Otro: _____

Endócrino

- Crecimiento excesivo de pelo
- Intolerancia al frío o al calor (favor de circular)
- Salpullido sin motivo
- Sed o hambre excesiva
- Otro: _____

Cardiovascular

- Presión sanguínea alta/baja
- Prolapso de válvula mitral
- Fiebre reumática
- Otro: _____

¿Alguna otra información no cuestionada que desees proporcionar? _____

HISTORIAL FAMILIAR:

Marca todos los desordenes que hayan afectado a algún miembro consanguíneo de tu familia.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tay Sach (descendencia judía) |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cancer (mama, ovario, colon, otro) | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (descendencia negra) |
| <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos |
| <input type="checkbox"/> Desordenes en la tiroides | <input type="checkbox"/> Talasemia (descendencia italiana, griega, mediterránea, oriental, canadiense francés) |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones de la espina (anencefalia, defecto del tubo neural, hidrocefalia) | <input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones en la coagulación sanguínea / Hemofilia | <input type="checkbox"/> Corea de Huntington |
| <input type="checkbox"/> Retraso mental | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Otras alteraciones heredadas o en los cromosomas |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down (Trisomía 21) | <input type="checkbox"/> Alteraciones psiquiátricas (especifica) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares | |

HISTORIAL SOCIAL:

Eres (marca todos los que aplican): casado(a) viudo(a) separado(a) divorciado(a)
 vuelto(a) a casar soltero(a)
 soltero(a) pero en una relación comprometida

¿Has padecido de algún desorden alimenticio tal como anorexia o bulimia? No Si Si es así, da detalles: _____

¿Haces ejercicio con regularidad? No Si Si es así, descríbelo: _____

¿Cuánta **cafeína** bebes diariamente? _____ tazas _____

¿Cuánto **alcohol** consumes a la semana? _____ vasos _____

¿Cuántos **cigarros** fumas al día? _____ cigarros/cajetillas (circula una respuesta), durante _____ años.

¿Has consumido drogas en los últimos 5 años? No Si

Si es sí, ¿Cuál(es) y en qué cantidad? _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO:

Edad en que comenzaste a menstruar: ____ Fecha de tu última menstruación: ____ ¿Tus ciclos son regulares? [] No [] Si

Tu flujo menstrual dura ____ días y es (marca todos los que aplican): [] ligero [] moderado [] abundante

Duración del ciclo menstrual ____ días (intervalo desde el primer día de sangrado hasta el día anterior al comienzo del sangrado en el siguiente ciclo).

¿Sufres de dolor durante tu ciclo menstrual? [] No [] Si

¿Sufres dolor cuando estás ovulando? [] No [] Si

¿Tienes sangrado entre ciclos menstruales? [] No [] Si

¿Tienes síntomas de hinchazón, dolor de senos, calambres, o cambios de humor antes de tu ciclo menstrual? [] No [] Si

¿Has tenido algún papanicolaou anormal? [] No [] Si, fecha: _____

Fecha del último examen ginecológico: _____ Fecha y resultado del último papanicolaou: _____

Fecha y resultado del último mamograma (si aplica): _____

¿Has sufrido de lo siguiente? Anota la fecha si hay alguna respuesta afirmativa.

clamidia [] No [] Si, fecha: _____

infección pélvica/trompas [] No [] Si, fecha: _____

gonorrea [] No [] Si, fecha: _____

DES [] No [] Si, fecha: _____

Alguna vez tu médico te ha diagnosticado:

endometriosis [] No [] Si, fecha: _____

fibromas [] No [] Si, fecha: _____

HISTORIAL OBSTÉTRICO:

[] No aplica (nunca he estado embarazada)

Favor de completar la siguiente información para cada embarazo:

Primer embarazo

año: _____ tiempo para concebir (meses/años): _____

Parto: [] bebé nació vivo (natural o cesárea) [] prematuro [] término completo ____ semanas

[] embarazo ectópico [] aborto natural o inducido ____ semanas

¿Te sometiste a terapia de infertilidad para concebir? [] No [] Si ¿Tu pareja actual es el padre? [] No [] Si

Segundo embarazo

año: _____ tiempo para concebir (meses/años): _____

Parto: [] bebé nació vivo (natural o cesárea) [] prematuro [] término completo ____ semanas

[] embarazo ectópico [] aborto natural o inducido ____ semanas

¿Te sometiste a terapia de infertilidad para concebir? [] No [] Si ¿Tu pareja actual es el padre? [] No [] Si

HISTORIAL OBSTÉTRICO (continua):

Tercer embarazo año: _____ tiempo para concebir (meses/años): _____
 Parto: [] bebé nació vivo (natural o cesárea) [] prematuro [] término completo _____ semanas
 [] embarazo ectópico [] aborto natural o inducido _____ semanas
 ¿Te sometiste a terapia de infertilidad para concebir? [] No [] Si ¿Tu pareja actual es el padre? [] No [] Si

Cuarto embarazo año: _____ tiempo para concebir (meses/años): _____
 Parto: [] bebé nació vivo (natural o cesárea) [] prematuro [] término completo _____ semanas
 [] embarazo ectópico [] aborto natural o inducido _____ semanas
 ¿Te sometiste a terapia de infertilidad para concebir? [] No [] Si ¿Tu pareja actual es el padre? [] No [] Si

Quinto embarazo año: _____ tiempo para concebir (meses/años): _____
 Parto: [] bebé nació vivo (natural o cesárea) [] prematuro [] término completo _____ semanas
 [] embarazo ectópico [] aborto natural o inducido _____ semanas
 ¿Te sometiste a terapia de infertilidad para concebir? [] No [] Si ¿Tu pareja actual es el padre? [] No [] Si

HISTORIAL DE INFERTILIDAD:

¿Durante cuánto tiempo te has tratado de embarazar? _____ años _____ meses
 ¿Desde cuándo dejaste de usar anticonceptivos? _____ años _____ meses
 ¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja actual? _____ años _____ meses
 ¿Cuántos hijos has tenido con tu pareja actual?: _____ ¿Tienes hijos de alguna otra pareja? [] No [] Si
 ¿Cuántas veces te has casado? _____ Número de hijos con la pareja anterior: _____

HISTORIAL SEXUAL:

Frecuencia de relaciones sexuales _____ por semana ¿Usas lubricante? [] No [] Si
 Deseo sexual: [] disminuido [] normal [] incrementado Orgasmo: [] siempre [] generalmente [] rara vez
 [] nunca
 ¿Sufres dolor durante el sexo? [] No [] Si Si es así, ¿es superficial o profundo? (circula) ¿ocasional/frecuente? (circula)
 ¿Sangras durante o después de tener relaciones sexuales? [] No [] Si [] No aplica

HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVOS: No aplica

Anticonceptivos: marca todo lo que aplica: pastilla anticonceptiva dispositivo intrauterino diafragma
 condón ritmo

Esterilización quirúrgica: Masculina Femenina Otra: _____

Alguna vez, ¿Has experimentado cualquiera de los siguientes? (marca todo lo que aplica)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Irregularidad menstrual | <input type="checkbox"/> Galactorrea (<i>flujo lechoso del pecho</i>) |
| <input type="checkbox"/> Hirsutismo (<i>crecimiento de vello en exceso</i>) | <input type="checkbox"/> Oligomenorrea (<i>muy pocos ciclos mensuales</i>) |
| <input type="checkbox"/> Amenorrea (<i>jamás has tenido ciclo menstrual</i>) | <input type="checkbox"/> Perturbaciones visuales/dolores de cabeza |

HISTORIAL DEL CÓNYUGUE/PAREJA:

Fecha de nacimiento de cónyuge/pareja: ____ Edad actual: ____ Duración de matrimonio/relación actual: _____

Tu cónyuge/pareja ¿ha embarazado a alguien en alguna relación previa? No Si Si es así, favor de dar fechas y el resultado del embarazo: _____

Tu cónyuge/pareja ¿ha estado involucrado en alguna relación anterior donde no ocurrió ningún embarazo aún sin el uso de anticonceptivos? No Si Si es así, ¿cuánto tiempo duró dicha relación? _____

¿Algún historial de posibles problemas con el aparato reproductivo? Anota fechas si hay alguna respuesta afirmativa.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Prostatitis _____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tumor testicular _____ |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Epididimitis _____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Lesión testicular _____ |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Orquitis _____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Testículo no descendido _____ |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Vasectomía previa _____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Radiación o quimioterapia _____ |

¿Algún historial de enfermedades sexualmente transmisibles?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Gonorrea | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Clamidia |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Sífilis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Uretritis no específica |

No Si ¿Algún historial de cirugía en el aparato reproductivo? Si es así, procedimiento y fecha: _____

No Si ¿Dificultad en lograr una erección o mantenerla?

No Si ¿Dificultad para eyacular? (retrograda, prematura)

No Si ¿Ha padecido supuración del pene?

No Si ¿Algún historial de cancer? Si es así, procedimiento y fecha: _____

HISTORIAL CLÍNICO DEL CÓNYUGUE/PAREJA:

Peso actual: _____ Estatura actual: _____

Estado general de salud: _____

¿Alguna enfermedad reciente o cambios en tu salud? [] No [] Si Describe: _____

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS:

¿Tienes alergias o sensibilidad a algunos de los siguientes?

Medicamentos: [] No [] Si Anota: _____

Yodo/tintes/mariscos: [] No [] Si Anota: _____

Latex: [] No [] Si Anota: _____

Anota las enfermedades que tu cónyuge/pareja ha padecido y que hayan requerido de tratamiento. Incluye fechas y nombres de médicos/hospitales: _____

Anota todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido tu cónyuge/pareja: _____

Anota el nombre de los medicamentos que tomas actualmente, la razón por la cual lo(s) estás tomando, y desde cuando:

Medicamento/razón	Fechas/duración/última toma
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

¿Cuánto **alcohol** consume tu cónyuge/pareja por semana? _____ vasos

¿Cuántos **cigarros** fuma tu cónyuge/pareja al día? _____ cigarros/cajetillas (circula una respuesta), durante _____ años

Tu cónyuge/pareja, ¿ha consumido alguna droga en los últimos 5 años? [] No [] Si, ¿Cuál(es) y cuánto? _____

Tu cónyuge/pareja ¿ha estado expuesto a alguno de los siguientes?

[] Altas temperaturas (trabajo, jacuzzi, etc.) [] Radiación [] Químicos [] Sustancias tóxicas

EVALUACIÓN PREVIA DE INFERTILIDAD DE LA PAREJA:

Exámenes previos:

Anota fechas y resultados para todo lo afirmativo (marca todo lo que aplica).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Análisis de semen | <input type="checkbox"/> Tiroide (TSH, T4) _____ |
| <input type="checkbox"/> Exámen postcoital | <input type="checkbox"/> Biopsia del endometrio _____ |
| <input type="checkbox"/> HSG (rayos x de tubos) | <input type="checkbox"/> Sonohisterograma _____ |
| <input type="checkbox"/> Predictor de ovulación | <input type="checkbox"/> Laparoscopia _____ |
| <input type="checkbox"/> Histeroscopia | <input type="checkbox"/> Biopsia testicular _____ |

Exámenes hormonales:

Anota fechas y resultados para todo lo afirmativo (marca todo lo que aplica).

- Prolactina _____
- Gráficas BBT _____
- Día 3 FSH, estradiol, LH _____
- Suero progesterona _____
- DHEAS _____
- Testosterona _____

Tratamientos previos:

Tratamiento (marca todos los que aplican)	Dosis/Tipo	Fechas
<input type="checkbox"/> Clomifeno (clomid)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gonadotropinas inyectables	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inseminación intrauterina (IUI)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fertilización In-Vitro (IVF)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inyección Intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía reconstructiva de trompas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estrógenos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Progestinas (oral o vaginal)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Remoción quirúrgica de adhesiones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Endometriosis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____