

UNC Fertility

PERFIL DE NUEVO PACIENTE DE INFERTILIDAD

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad actual _____

Médico que remite _____

HISTORIA CLÍNICA

Estatura _____ Peso _____

¿Durante cuánto tiempo ha intentado concebir (*en meses*)? _____

¿Se ha sometido antes a pruebas o tratamientos para fertilidad?

Sí No

Si la respuesta es Sí, _____ AMH (resultados: _____)

_____ HSG (prueba de rayos X)

_____ Clomid; cantidad de ciclos _____

_____ Letrozole/Femara; cantidad de ciclos _____

_____ Inyecciones (como Follistem, Gonal F, Bravelle); cantidad de ciclos _____

_____ Inseminación intrauterina (Intrauterine insemination, IUI); cantidad de ciclos _____

_____ Fertilización in vitro (In vitro Fertilization, IVF); cantidad de ciclos _____

_____ Otras: _____

¿Son regulares sus ciclos menstruales? Sí No

¿Cuántos días pasan desde el día 1 de su período hasta el día 1 del próximo período? _____

¿Cuándo fue el primer día de su último período menstrual (día/mes)? _____

¿Son dolorosos sus ciclos menstruales? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tan intenso es el dolor?

Leve				Moderado				Intenso	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Toma medicamentos para aliviar el dolor menstrual? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué toma y en qué cantidad? _____

¿Ha utilizado kits de predicción de la ovulación? Sí No

¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan:

- Sí No Depresión
- Sí No Ansiedad
- Sí No Problemas cardíacos
- Sí No Problemas pulmonares
- Sí No Presión arterial alta
- Sí No Problemas renales
- Sí No Diabetes
- Sí No Asma
- Sí No Apnea del sueño (o ronca muy recio)
- Sí No Problemas de la tiroides
- Sí No Otras _____

¿Ha tenido varicela? Sí No

¿Cuál es su tipo de sangre? A+ B+

A- B-

O+ AB+

O- AB-

CIRUGÍAS (enumérelas)

Procedimiento n.º 1 _____ Fecha _____

Procedimiento n.º 2 _____ Fecha _____

Procedimiento n.º 3 _____ Fecha _____

HISTORIA DE PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

- Sí No Enfermedades de transmisión sexual
- Sí No Papanicolaou anormal
- Sí No Fibromas uterinos

¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou? _____

ALERGIAS (enumérelas) _____

MEDICAMENTOS ACTUALES *Incluya los medicamentos de venta libre, los suplementos dietéticos y los medicamentos a base de hierbas. Incluya las dosis:*

¿Alguna vez ha estado embarazada?

Sí No

Si la respuesta es Sí, _____ indique la cantidad de abortos espontáneos

_____ Cantidad de abortos electivos

_____ Embarazos ectópicos

_____ Partos prematuros de menos de 37 semanas

_____ Embarazos a término de más de 37 semanas

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Usa alguna de las siguientes sustancias?

Sí No Tabaco

Sí No Alcohol

Sí No Drogas recreativas

ESTADO CIVIL:

Soltero/a

Separado/a

Viudo/a

Casado/a

Divorciado/a

Pareja de hecho

ORIGEN suyo y de su pareja (marque todas las opciones que correspondan):

Usted Su pareja

 Africano/afroamericano

 Judío asquenazí

 Cajún

 Asiático oriental o sudoriental

 Caucásico (alemán, escandinavo, francés, polaco, etc.)

 Francés canadiense

 Mediterráneo (Grecia, Portugal, Chipre o Sur de España, etc.)

 Otro (especifique): _____

¿Hay en su familia (o en la familia de su pareja) antecedentes de los siguientes trastornos?

Sí No Síndrome de Down

Sí No Retraso mental

Sí No Defectos del tubo neural abierto (p. ej., espina bífida)

Sí No Defectos congénitos

Sí No Tay Sachs, fibrosis quística, anemia de células falciformes

Sí No Otros trastornos genéticos, congénitos o innatos

Recomendamos evitar viajar a las regiones con riesgo de Zika. Infórmenos sobre cualquier viaje que usted (o su pareja) haya realizado en los últimos 6 meses.

PERFIL DE LA PAREJA (si corresponde):

Apellido de la pareja _____ Nombre _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

¿Cuál es la ocupación de su pareja? _____

Su pareja, ¿tiene hijos o alguna vez logró un embarazo?

Sí No

PROBLEMAS MÉDICOS DE LA PAREJA:

- Sí No Ansiedad
- Sí No Depresión
- Sí No Problemas cardíacos
- Sí No Problemas pulmonares
- Sí No Presión arterial alta
- Sí No Problemas renales
- Sí No Diabetes
- Sí No Asma
- Sí No Problemas de la tiroides
- Sí No Problemas urinarios o de la próstata
- Sí No Apnea del sueño (o ronca muy recio)
- Sí No Otra _____

CIRUGÍAS DE LA PAREJA (enumérelas)

Procedimiento n.º 1 _____ Fecha _____

Procedimiento n.º 2 _____ Fecha _____

Procedimiento n.º 3 _____ Fecha _____

ALERGIAS DE LA PAREJA (enumérelas)

MEDICAMENTOS DE LA PAREJA ¿Toma su pareja algún medicamento actualmente?
Incluya los medicamentos de venta libre, los suplementos dietéticos y los medicamentos a base de hierbas. Incluya las dosis:

¿Consume su pareja alguna de las siguientes sustancias?

- Sí No Tabaco
- Sí No Alcohol
- Sí No Drogas recreativas

PAREJAS DE SEXO MASCULINO (si corresponde)

¿Se ha realizado algún análisis de semen?
 Sí No

¿Ha tenido algún problema de erección o eyaculación?
 Sí No

En su opinión, ¿por qué tiene dificultad para concebir?

¿Qué espera aprender de la visita de hoy?



UNC Fertility

Fecha de Hoy:			Nombre de Doctor:		
PATIENT INFORMATION					
Apellido:		Nombre:		Middle:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.
				Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Status de matrimonio (Soltero/a /casado/a / divorciado/a/ separado/a / Viuda)					
Direccion:			Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Fecha de Nacimiento	Seguro Social:	Numero De Telefono:		Numero de Celular:	
/ /		()		()	
Correo Electronico:		Farmacia preferida:		Numero de telefono de farmacia:	
SPOUSE INFORMATION					
Apellido de pareja:			Nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.
Seguro social:					
Fecha de nacimiento:	Numero de Telefono ()		Correo Electronico:		
/ /					
REFERRAL INFORMATION					
Referido por (clinica/doctor):					
Direccion de clinica/doctor de referencia:				Numero de Telefono de clinica/doctor de referencia:	
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Otra _____					
INSURANCE INFORMATION					
(Please give your insurance card to the receptionist.)					
Aseguransa Primaria:	Nombre de Grupo (empleador):	Fecha efectiva:	Numero de poliza:	Numero de grupo:	
Nombre de Suscriptor:	Fecha de nacimiento (suscriptor):	Direccion de Suscriptor (si es diferente):		Numero de Telefono:	
	/ /			()	
Relacion al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					
Aseguransa secundaria:	Nombre de Grupo(empleador):	Fecha efectiva:	Numero de poliza:	Numero de grupo:	
Nombre de Suscriptor:	Fecha de nacimiento (suscriptor):	Direccion de Suscriptor (si es diferente):		Numero de Telefono:	
	/ /			()	
Relacion al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					
IN CASE OF EMERGENCY					
Nombre de Amistad/familiar cercano (alguien con direccion diferente):		Relacion al paciente:	Numero de telefono:	Numero de telefono de trabajo:	
<p>La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento . Autorizo a mis beneficios de seguro se pagará directamente al médico . Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo . También autorizo UNC fertilidad o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos .</p>					
Firma de Paciente/Guardian				Fecha	

