

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 **caféina** 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)

☐ Irregularidad menstrual

☐ Galactorrea (*flujo lechoso del pecho*)

☐ Hirsutismo (*crecimiento de vello en exceso*)

☐ Oligomenorrea (*muy pocos ciclos mensuales*)

☐ Amenorrea (*jamás has tenido ciclo menstrual*)

☐ 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.

☐ No ☐ Si Prostatitis _____

☐ No ☐ Si Tumor testicular _____

☐ No ☐ Si Epididimitis _____

☐ No ☐ Si Lesión testicular _____

☐ No ☐ Si Orquitis _____

☐ No ☐ Si Testículo no descendido _____

☐ No ☐ Si Vasectomía previa _____

☐ No ☐ Si Radiación o quimioterapia _____

¿Algún historial de enfermedades sexualmente transmisibles?

☐ No ☐ Si Gonorrea

☐ No ☐ Si Clamidia

☐ No ☐ Si Sífilis

☐ No ☐ 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? (retrógrada, 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 cónyugue/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 cónyugue/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 cónyugue/pareja por semana? _____ vasos

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

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

Tu cónyugue/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).

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Prolactina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gráficas BBT | _____ |
| <input type="checkbox"/> Día 3 FSH, estradiol, LH | _____ |
| <input type="checkbox"/> Suero progesterona | _____ |
| <input type="checkbox"/> DHEAS | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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	_____	_____