

# Sara La Partera

Sara Marie Forrest Jaimes, BSN, RN, MS, CNM  
Infertilidad

## PARTE I: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Años \_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Indique a qué número llamar o dejar mensajes.

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

¿Tiene una pareja masculina?    Sí    No

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Años \_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Indique a qué número llamar o dejar mensajes.

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

### ¿Quién es tu obstetra / ginecólogo?

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono () \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

## PARTE II: HISTORIA MÉDICA FEMENINA E INFORMACIÓN

¿Cuántos meses ha estado tratando de concebir (coito sin protección o inseminaciones)? \_\_\_\_

### Resumen Embarazo

- El número total de todos los embarazos: \_\_\_\_
- El número de entregas a término: \_\_\_\_ De ellos, ¿cuántos eran nacidos vivos? \_\_\_\_ ¿Cuántos nacieron muertos? \_\_\_\_
- El número de partos prematuros: \_\_\_\_ De ellos, ¿cuántos eran nacidos vivos? \_\_\_\_ ¿Cuántos nacieron muertos? \_\_\_\_
- Número de abortos Involuntarios (menos de 20 semanas): \_\_\_\_
- Número de ectópicos: \_\_\_\_
- Número de abortos voluntarios: \_\_\_\_
- Cualquier embarazos con defectos de nacimiento? No Sí - explicar

---

---

---

---

Fechas del embarazo pareja	Meses a concibir	Tratamientos a concibir	Tipo de parto/complicaciones	Actual
1. _____	_____	_____	_____	Y / N
2. _____	_____	_____	_____	Y / N
3. _____	_____	_____	_____	Y / N
4. _____	_____	_____	_____	Y / N
5. _____	_____	_____	_____	Y / N
6. _____	_____	_____	_____	Y / N

### Historia Menstrual

- Ciclo menstrual (marque todo lo que corresponda):
  - períodos regulares

- períodos irregulares
- manchado vaginal antes de los periodos
- sin períodos
- períodos pesados
- períodos ligeras
- sangrado entre períodos
- El número de días entre el inicio de un período al inicio del siguiente periodo: \_\_\_\_ días
- ¿Cuántos días de sangrado tiene usted? \_\_\_\_ días
- Fechas de la primera día de los últimos 2 periodos menstruales: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_; \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- La edad cuando tuvo su primer período: \_\_\_\_ años
- Edad cuando notó por primera vez:
  - el desarrollo del seno: \_\_\_\_ años
  - pelo púbico \_\_\_\_ años
  - pelo de las axilas \_\_\_\_ años
- ¿Cuántos periodos tiene usted al año? \_\_\_\_
- ¿Necesita medicación para llevar en un periodo? Sí - qué tipo? \_\_\_\_\_ No
- Si usted no tiene periodos, en qué edad dejan de tener ellos? \_\_\_\_ años
- ¿Tiene calambres severos o dolor pélvico con sus períodos? Siempre\_\_ A veces\_\_ Ultimamente\_\_ En el pasado\_\_ No

### Historia Anticonceptivos

- Ninguno - Fechas de uso \_\_\_\_\_
- Condomes - Fechas de uso \_\_\_\_\_
- Diafragma - Fechas de uso \_\_\_\_\_
- DIU - Fechas de uso \_\_\_\_\_
- Pastillas anticonceptivas - Fechas de uso \_\_\_\_\_ complicaciones \_\_\_\_\_
- Nunca usan pastillas anticonceptivas
- Anticonceptivos inyectables - Fechas de uso \_\_\_\_\_ complicaciones \_\_\_\_\_
- Parche cutáneo - Fechas de uso \_\_\_\_\_ complicaciones \_\_\_\_\_
- Espuma o jalea - Fechas de uso \_\_\_\_\_ complicaciones \_\_\_\_\_
- Tubal procedimiento de esterilización (ligadura de trompas) - fecha (mes / año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tubos desatados - fecha (mes / año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ¿Tomó su madre DES cuando estaba embarazada con usted? Sí No No lo sé

### Historia Sexual

- ¿Cuántas veces usted tiene relaciones sexuales por semana? \_\_\_\_ Ninguno No aplicable
  - ¿Ha utilizado kits de ovulación? si no
  - ¿Tiene dolor durante las relaciones sexuales? si no
  - ¿Utiliza lubricantes durante el coito? Sí - ¿Qué tipos? \_\_\_\_\_ No
- Cualquier exposición previa a las enfermedades de transmisión sexual o infecciones pélvicas?  
Sí (marque todas las que apliquen) No
- Clamidia - año \_\_\_\_\_
- Gonorrea - año \_\_\_\_\_
- Herpes - año \_\_\_\_\_
- Las verrugas genitales / VPH - año \_\_\_\_\_
- Sífilis - año \_\_\_\_\_
- VIH / SIDA - año \_\_\_\_\_
- Hepatitis - año \_\_\_\_\_

### Historia Papanicolau

- ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou (mes y año)? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Normal Anormal
  - ¿Cuándo fue su última citología vaginal anormal? \_\_\_\_ No aplica
- ¿Ha sufrido algún procedimiento como resultado de una prueba de Papanicolaou anormal?  
Sí (marque todas las que apliquen) No
- Colposcopia

- Criocirugía (congelamiento)
- El tratamiento con láser
- Procedimiento de conización
- LEEP

**Historia de los Senos**

¿Alguna vez has hecho una mamografía? No Sí – fecha\_\_\_\_\_ Resultado: WNL Anormal\_\_\_\_\_

¿Realiza autoexámenes mamarios? si no

**Historia médica**

• ¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí (Por favor, enumerar y describir las reacciones)

---

---

---

---

---

---

---

---

• ¿Es usted alérgico a algún alimento (cacahuets, huevos, etc.)? No Sí (Por favor, enumerar y describir las reacciones)

---

---

---

---

---

---

---

---

• Haga una lista de los medicamentos que esté tomando, incluyendo no prescritos por un médico.

---

---

---

---

---

---

---

---

• ¿Toma algunas medicinas/vitaminas a base de hierbas o suplementos? No Sí (Por favor escriba)

---

---

---

---

---

---

---

---

• ¿Tiene usted algún problema médico (s)? No Sí (Por favor indique tipo, fechas, y los tratamientos.)

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

• ¿Ha tenido alguna de estas enfermedades de la infancia?

- La varicela (varicela)
- El sarampión alemán (rubéola)
- No sé
- Otras enfermedades de la infancia:

---

**Vacunas**

- La varicela (varicela) No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- MMR - El sarampión, paperas y rubéola (sarampión alemán) No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- BCG (Tuberculosis) No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- Hepatitis B No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- Polio No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- Hepatitis A No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- Tétanos No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se
- Influenza No Sí (fecha \_\_\_\_\_) No lo se

### Historia social

- ¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) bebe usted al día? \_\_\_\_\_ Ninguno
- ¿Fumas cigarrillos? ? No Sí ¿Cuántas/día \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_  
Dejastes de fumar? Cuando \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años fumaste? \_\_\_\_\_
- ¿Bebes alcohol? No si
  - Cerveza - # por semana \_\_\_\_\_
  - Vino- # por semana \_\_\_\_\_
  - Licor - # por semana \_\_\_\_\_
- ¿Utiliza alguna marihuana, cocaína o cualquier otra droga similar? No  
Sí \_\_\_\_\_
- ¿Hacer ejercicio? No  
Sí \_\_\_\_\_
- ¿Está usted al tanto de cualquier exposición a las radiaciones distintas a los rayos X? No  
Sí \_\_\_\_\_

### Historia quirúrgico

- ¿Ha tenido alguna cirugía? No Sí (Enumere todas las cirugías en orden cronológico.)

Año	La razón y el Tipo de Cirugía
(1) _____	_____
(2) _____	_____
(3) _____	_____
(4) _____	_____
(5) _____	_____
(6) _____	_____
(7) _____	_____

- ¿Ha tenido algún problema de anestesia? No Sí \_\_\_\_\_

### Síntomas físicos

<b>General:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aumento de peso reciente o pérdida</li> <li>○ La anorexia/bulimia</li> <li>○ Falta de energía</li> <li>○ Fiebre/escalofríos</li> <li>○ Otro _____</li> <li>○ Ninguna</li> </ul>	<b>Pechos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Flujo claro sangrienta lechosa</li> <li>○ Bultos</li> <li>○ Cáncer</li> <li>○ Dolor</li> <li>○ Mamografía anormal</li> <li>○ Reducción</li> <li>○ Aumento/implantes mamarios (solución salina o silicona)</li> <li>○ Otro _____</li> <li>○ Ninguna</li> </ul>	<b>Piel / Extremidades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erupción inexplicable / inflamación</li> <li>○ Acné</li> <li>○ Cáncer de piel</li> <li>○ Lesiones por quemadura</li> <li>○ Moles cambiar en apariencia</li> <li>○ Exceso de crecimiento del pelo</li> <li>○ Otro _____</li> <li>○ Ninguna</li> </ul>
<b>Cabeza, ojos, oídos, nariz y</b>	<b>Problemas neurológicos:</b>	<b>Hematológicas:</b>

<p><b>garganta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mareo</li> <li><input type="radio"/> Pérdida del sentido del olfato</li> <li><input type="radio"/> Los dolores de cabeza</li> <li><input type="radio"/> Congestión nasal crónica</li> <li><input type="radio"/> Visión borrosa</li> <li><input type="radio"/> Zumbido oídos</li> <li><input type="radio"/> La pérdida de audición / sordera</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Debilidad/Pérdida del equilibrio</li> <li><input type="radio"/> Convulsiones/Epilepsia</li> <li><input type="radio"/> Los dolores de cabeza</li> <li><input type="radio"/> Migrañas</li> <li><input type="radio"/> Entumecimiento</li> <li><input type="radio"/> Pérdida de la memoria</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trastorno de la coagulación de la sangre/de coágulos sanguíneos</li> <li><input type="radio"/> Anemia de células falciformes</li> <li><input type="radio"/> Tromboflebitis</li> <li><input type="radio"/> Moretones con facilidad</li> <li><input type="radio"/> Glándulas inflamadas/ganglios linfáticos</li> <li><input type="radio"/> Transfusiones de sangre (fechas/razones _____)</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>
<p><b>Respiratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dificultad para respirar</li> <li><input type="radio"/> Asma</li> <li><input type="radio"/> Bronquitis</li> <li><input type="radio"/> Neumonía</li> <li><input type="radio"/> Tuberculosis</li> <li><input type="radio"/> Tos con sangre</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>	<p><b>Gastrointestinal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Náuseas/vómitos</li> <li><input type="radio"/> Úlceras</li> <li><input type="radio"/> Hepatitis</li> <li><input type="radio"/> Diarrea</li> <li><input type="radio"/> Estreñimiento</li> <li><input type="radio"/> Sangre en las heces</li> <li><input type="radio"/> Síndrome del intestino irritable</li> <li><input type="radio"/> Cambio en los hábitos intestinales</li> <li><input type="radio"/> Colitis (ulcerosa o enfermedad de Crohn)</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>	<p><b>Musculoesqueléticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Debilidad muscular inusual</li> <li><input type="radio"/> Disminución de la energía/resistencia</li> <li><input type="radio"/> Artritis reumatoide</li> <li><input type="radio"/> Lupus eritematoso</li> <li><input type="radio"/> La miastenia gravis</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>
<p><b>Endocrino / hormonal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Diabetes</li> <li><input type="radio"/> Pérdida del cabello</li> <li><input type="radio"/> Problemas de la glándula tiroides</li> <li><input type="radio"/> Aumento rápido de peso o pérdida</li> <li><input type="radio"/> Hambre excesiva/sed</li> <li><input type="radio"/> Intolerancia de diferente temperaturas</li> <li><input type="radio"/> Sofocos o sensación de frío</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>	<p><b>Genitourinario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Infecciones de la vejiga</li> <li><input type="radio"/> Las infecciones renales</li> <li><input type="radio"/> Las infecciones vaginales</li> <li><input type="radio"/> Micción frecuente</li> <li><input type="radio"/> Pérdida de orina</li> <li><input type="radio"/> Herpes</li> <li><input type="radio"/> Sangre en la orina</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>	<p><b>Cardiovascular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Palpitaciones/tiempos omitidos</li> <li><input type="radio"/> Dolor de pecho</li> <li><input type="radio"/> Ataque al corazón</li> <li><input type="radio"/> Carrera de la lata de corazón</li> <li><input type="radio"/> Murmullos</li> <li><input type="radio"/> Alta presión sanguínea</li> <li><input type="radio"/> Fiebre reumática</li> <li><input type="radio"/> Prolapso de la válvula mitral (Necesidad antibióticos antes de procedimientos dentales? Si No)</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>
<p><b>Problemas de salud mental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> El trastorno de ansiedad</li> <li><input type="radio"/> Depresión</li> <li><input type="radio"/> Esquizofrenia</li> <li><input type="radio"/> Otro _____</li> <li><input type="radio"/> Ninguna</li> </ul>		

**Historia de la familia**

	Vivo	Causa de muerte/Edad en la muerte
• Madre	Sí - edad___ No	_____
• Padre	Sí - edad___ No	_____
• Hermano (s)	Sí - edad___ No	_____
	Sí - edad___ No	_____
	Sí - edad___ No	_____
	Sí - edad___ No	_____
• Hermana (s)	Sí - edad___ No	_____
	Sí - edad___ No	_____
	Sí - edad___ No	_____
	Sí - edad___ No	_____
• Abuela materna	Sí - edad___ No	_____
• Abuelo materna	Sí - edad___ No	_____
• Abuela paterna	Sí - edad___ No	_____
• Abuelo paterno	Sí - edad___ No	_____

### Trastornos en su familia

Por favor anota la relación contigo

- El cáncer de mama Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Cáncer de ovarios Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Cáncer de colon Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Otros cancer \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Diabetes Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Los problemas de tiroides Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enfermedad del corazón Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Coágulos de sangre Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Obesidad Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Problemas psiquiátricos Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Tuberculosis Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Endometriosis Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Infertilidad Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La menopausia antes de los 40 Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Defectos de nacimiento Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Fibrosis quística Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La enfermedad de Tay-Sachs Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enfermedad de Canavan Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Síndrome de Bloom Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enfermedad de Gaucher Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La enfermedad de Niemann-Pick Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Anemia de Fanconi Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Familiar Dysautonia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Distrofia muscular Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- neurológico (cerebro / columna) Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Defectos del tubo neural Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Huesos / defectos esqueléticos Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enanismo Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Retraso en el desarrollo Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Problemas de Aprendizaje Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La enfermedad renal poliquística Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- defecto del corazón desde el nacimiento Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Síndrome de Down Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Otros defectos cromosómicos Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Síndrome de Marfan Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Hemofilia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Anemia falciforme Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Talasemia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé

- La galactosemia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Sordera / Ceguera Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Ceguera color Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Hemocromatosis Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé

Ninguna de las anteriores

Otra especificar \_\_\_\_\_

### ¿Cuál es your ascendencia?

Afroamericano

Indio americano/Nativo americano

Ashkenazi judío

Asiático americano

Cajún/francés canadiense

Caucásico

Europa del Este

Hispano/Caribe

Norte de Europa

Europeo Austral

Otra especificar \_\_\_\_\_

### INFERTILITY TESTING PREVIA Y TRATAMIENTO

- ¿Ha tenido pruebas de infertilidad antes o tratamiento en otro lugar? Si No

#### Las pruebas previas

Carta de la temperatura corporal basal (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Prueba de tiroides (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Kit de prueba de ovulación (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Día 3 prueba de sangre para el nivel de FSH (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Histerosalpingografía (HSG) (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Cirugía laparoscopia (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Cirugía histeroscopia (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Análisis de sangre la progesterona (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

Análisis de sangre la prolactina (fecha \_\_\_\_ / resultados \_\_\_\_\_)

El tratamiento previo	# De ciclos	Fechas (mes / año) (mes / año)	Embarazada
Inseminación intrauterina		Desde ____ / ____ a ____ / ____	Sí__ No__
Citrato de clomifeno con coito programado # tabletas máximos por día? ____		Desde ____ / ____ a ____ / ____	Sí__ No__
Citrato de clomifeno con la inseminación # tabletas máximos por día? ____		Desde ____ / ____ a ____ / ____	Sí__ No__
Inyecciones de medicamentos de fertilidad diarias con la inseminación # viales máximos por día? ____		Desde ____ / ____ a ____ / ____	Sí__ No__
Ciclo(s) fertilización in-vitro completado: 1. # Huevos_#embriones transferidos_#congelado__ 2. # Huevos_#embriones transferidos_#congelado__ 3. # Huevos_#embriones transferidos_#congelado__ 4. # Huevos_#embriones transferidos_#congelado__		____ / ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ / ____	Sí__ No__ Sí__ No__ Sí__ No__ Sí__ No__
Transferencias de embriones congelados 1. #embriones transferidos 2. #embriones transferidos 3. #embriones transferidos		____ / ____ ____ / ____	Sí__ No__ Sí__ No__

4. #embriones transferidos		____/____ ____/____	Sí___ No___ Sí___ No___
Cancelado en intento de fertilización in vitro(s) _____			

• Información adicional / Complicaciones

---



---



---



---

**ESTADO EMOCIONAL**

- En una escala de 1 a 10 (siendo el 10 el peor), estimar el nivel de estrés que siente debido a la infertilidad y otras presiones. \_\_\_\_\_
- ¿Ves un consejero? si no
- Describir los problemas emocionales, de pareja o sexuales causados por su infertilidad.

---



---



---



---

**PARTE III: HISTORIA MÉDICA Y INFORMACIÓN DEL PAREJA**

- ¿Ha evaluado por un urólogo? si no
- ¿Ha concebido previamente con otra mujer? Sí: ¿Cuántas veces \_\_\_\_\_ No: ¿Utiliza anticonceptivos? Si no\_\_\_
- ¿Ha tenido un análisis de semen? si no
- ¿Tiene dificultad con la erección? si no
- ¿Tiene la eyaculación retrógrada de los espermatozoides en la vejiga? si no
- Cualquier exposición previa a enfermedades o infecciones de transmisión sexual? Sí No
  - Clamidia - fecha\_\_\_\_\_
  - Gonorrea - fecha\_\_\_\_\_
  - Herpes - fecha\_\_\_\_\_
  - Las verrugas genitales / VPH - fecha\_\_\_\_\_
  - Sífilis - fecha\_\_\_\_\_
  - VIH / SIDA - fecha\_\_\_\_\_
  - Hepatitis - fecha\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido una historia de testículos no descendidos? Sí - Unilateral\_\_\_ Ambos\_\_\_ No
- ¿Tiene dolor escrotal o testicular? si no
- ¿Tuvo paperas después de la pubertad? si no
- ¿Ha tenido una lesión antes de los testículos que requieren hospitalización? si no
- ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?
  - Diabetes Mellitus
  - Cáncer \_\_\_\_\_
  - Esclerosis múltiple
  - Otros problemas neurológicos
  - Infecciones prostáticas
  - Infecciones urinarias
  - Alta presión arterial
    - Si si, cualquier medicamento \_\_\_\_\_?
- ¿Ha tenido fiebre en los últimos 3 meses? Si\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Ha tenido una vasectomía? Sí (fecha\_\_\_\_\_) No
  - En caso afirmativo, ¿ha tenido una reversión de la vasectomía? Sí (date\_\_\_\_\_) no
- ¿Ha tenido una cirugía para la reparación del varicocele? Si\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Ha tenido una cirugía de hernia? Si\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Sabía usted se somete a ningún vejiga o cirugía del pene cuando era niño? Si\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Está expuesto al calor prolongado en el lugar de trabajo? Si\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Está expuesto a ningún tipo de radiación o sustancias químicas nocivas en el lugar de trabajo? Si\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Ha tenido la quimioterapia para el cáncer? Si\_\_\_ No\_\_\_

- ¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí (Por favor, enumerar y describir las reacciones)

---

---

---

---

---

Enumere sus medicamentos actuales:

Enumere cualquier problema médico actual (s):

- 
- ¿Cuántas bebidas con caféina bebe usted al día? \_\_\_\_\_ Ninguno
  - ¿Fumas cigarrillos? No Sí ¿Cuántas/día \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años \_\_\_\_\_
- Dejastes de fumar Si/No Cuando \_\_\_\_\_
- ¿Bebes alcohol? No Si
- Cerveza - # por week \_\_\_\_\_ Vino- # por week \_\_\_\_\_ Licor - # por week \_\_\_\_\_
- ¿Utiliza alguna marihuana, cocaína o cualquier otra droga similar? No Sí \_\_\_\_\_
  - ¿Utiliza hierbas medicinas/vitaminas o suplementos? No Si \_\_\_\_\_
  - ¿Es usted consciente de cualquier exposición a materiales de radiación/tóxicos? No Sí
- 
- ¿Utiliza jacuzzis con regularidad? Sí No
  - ¿Tomó su madre DES durante el embarazo para prevenir aborto involuntario? Sí No No lo sé
  - ¿Alguno de los miembros de su familia inmediata tenían dificultades para concebir un hijo? Sí No No lo sé
- En caso afirmativo, describe \_\_\_\_\_

### Trastornos en su familia

Por favor nota el relación contigo

- Fibrosis quística Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La enfermedad de Tay-Sachs Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enfermedad de Canavan Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Síndrome de Bloom Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enfermedad de Gaucher Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La enfermedad de Niemann-Pick Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Anemia de Fanconi Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Familiar Dysautonia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Distrofia muscular Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- neurológico (cerebro / columna) Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Defectos del tubo neural Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Huesos / defectos esqueléticos Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Enanismo Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Retraso en el desarrollo Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Problemas de Aprendizaje Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La enfermedad renal poliquística Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Defecto del corazón desde el nacimiento Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Síndrome de Down Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Otros defectos cromosómicos Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Síndrome de Marfan Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Hemofilia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Anemia falciforme Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Talasemia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- La galactosemia Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Sordera / Ceguera Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Ceguera color Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé
- Hemocromatosis Sí \_\_\_\_\_ No No lo sé

Ninguna de las anteriores

Otra especificar \_\_\_\_\_

**¿Cuál es your ascendencia?**

Afroamericano

Indio americano/Nativo americano

Ashkenazi judío

Asiático americano

Cajún/francés canadiense

Caucásico

Europa del Este

Hispano/Caribe

Norte de Europa

Europeo Austral

Otra especificar \_\_\_\_\_

**Confirmo que he revisado la información anterior.**

**Firma de paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de pareja** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de la partera** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

