

Lori Arnold, M.D., F.A.C.O.G
Reproducción Endocrinología y Fertilidad

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

A. DATOS FEMENINOS

Fecha de este documento: _____

Nombre: _____ Nombre de su pareja: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Por cuanto tiempo ha tratado de embarazarse? _____

Ha estado embarazada? _____

Ha tratado antes de quedar embarazada? _____

Razones por la visita de hoy? _____

B. HISTORIA DE EMBARAZO

Numero de embarazo _____ Terminos nacidos _____ Nacidos prematuros _____ Cesáreas _____

Abortos Espontáneos _____ Abortos por elección _____ Niños adoptados _____

Embarazos:

Embarazos (Incluya todos sus embarazos)	Cuando? En qué Año	Cuanto tiempo para concebirlo?	Sexo y Peso	Su pareja actual es el Padre (S/N)	Resultado (aborto, ectópico, Vaginal, cesaría, alguna Complicacion?)
Primero					
Segundo					
Tercero					
Cuarto					
Quinto					

Comentarios: _____

Metodo Anticonceptivo:

	De cuando a cuando	Razón por la que se descontinuó	Complicaciones
Aparato Intrauterino (DIU)			
Pastillas anticonceptivas Que tipo?			
Otro método			

C. HISTORIA MENSTRUAL (hormonal)

Fecha que empezo su ultimo periodo? _____
 Edad cuando tuvo su primer periodo? _____
 Sus periodos son regulares? _____
 Cuantos días pasan de su primer día de periodo al otro periodo? _____
 Cuantos días le dura tu periodo? _____
 Sangra a la mitad de su ciclo? _____
 Tienes síntomas premenstruales? Casi siempre a veces nunca
 Ha tomado medicamento para hacer que te venga tu periodo? Si No
 Si si, cual medicamento: _____
 Tiene desorden hormonal, por favor especifique y el tratamiento: _____

Cursa con Dolor Pélvico/Cólico? Nunca durante mi periodo antes de mi periodo después de mi periodo
 Mitad de ciclo mientras acto sexual cuando orino cuando movimiento intestinal
Dolores Pélvicos son: leve moderado severo peor cada día mejorando no han cambiado
 Lado derecho lado izquierdo en medio
 Que medicamento toma para el dolor? _____
 Tiene dolor durante el acto sexual: Si No

Tiene o ha tenido:	Si	No		Si	No
Inflamación de la pelvis (EPI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo Intrauterino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposición a DES(diethylstilbestrol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción en el busto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia del busto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso (>10 libras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de peso (>10 libras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hábitos alimenticios especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento de vello en la cara ó cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrés excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caída de pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bochornos, o sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incremento de Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al factor RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del busto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución de Olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mas fuerte la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si contesto "si" a alguna pregunta, explique por favor: _____

D. HISTORIA GINECOLOGICA

Tiene o ha tenido:	Si	No		Si	No
Anormalidad en la forma del útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiste en los ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis o enteritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adhesiones en la pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis en el útero miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de su Ginecologo: _____

Doctor de cabecera: _____

Ultimo Papanicolaou: _____ Ultimo Mamograma: _____

Alguna anormalidad en el papanicolaou? _____ Fecha _____ Anormalidad en el mamograma? _____

Tiene o ha tenido:	Si	No		Si	No
Cryo- cotización ó cirugía del cérvix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verruga en genitales/ condilomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flujo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes: Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginitis (bacterias en la vagina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micoplasma/Urea en plasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estenosis cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citomegalovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No			
Huso de lubricantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lavado vaginal antes ó después del sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sangrado después de sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Algún problema sexual (ahora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si, si explica: _____

Cuantas veces por semanas tiene relaciones sexuales? _____

Cuantas veces tiene relaciones alrededor de los días de ovulación? _____

E. HISTORIA MÉDICA

	Si	No		Si	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en los pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desordenes de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiaciones/ Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contacto con algo toxico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunización contra varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B, o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunización contra rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problema de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infección en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si, si explique: _____

Enliste alguna otra enfermedad o lesión ocurrida, que no haya mencionado: _____

Medicamentos: Enliste las medicinas tomadas con prescripción médica o sin prescripción en el último año.

Medicamento	La dosis y cada cuando	De cuando a cuando	Razón para tomarla

Alergias

A que (medicina o algo más?)	Cuando	Que tipo de reaccion?

F. HISTORIA DE CIRUGIA DEL PASADO

Operaciones y Hospitalización

Fecha	Diagnostico	Operación	Donde se hizo	Doctor que la realizo	Complicaciones de Anestesia

G. HISTORIA FAMILIAR (FEMENINA)

Historia étnica (circule lo que aplique a usted) Africana/Americana Asiática Asiática/Indígena Blanca
 Hispana Judía India Mediterránea Medio Oriente Otro _____

Grupo Étnico (Circule todo lo que necesite)	Me han hecho Prueba de:	Si	No	Fecha	Resultado
Africana, Africana/Americana	Sickle cell trait				
Asiática, Mediterránea o Hispana	Talasemia				
Blanca, Judia	Fibrosis cística				
Judia	Tay Saks				
Judia	Gaucher				

Alguien en su familia tiene o tuvo:

	Si	Quien		Si	Quien
Cáncer de útero/pecho/ovarios			Hemofilia		
Defectos al nacer, genéticos			Infertilidad		
Desordenes de sangrado			Irregularidad menstrual		
Desorden de cromosomas			Bajo sentido del olfato		
Desorden de tejido Conectivo			Problemas de aprendizaje		
Fibrosis cística/quística			Retraso mental		
Retraso en el desarrollo			Desorden metabólico		
Síndrome de Down			Abortos (2 o mas)		
Menopausia antes de los 40 años			Distrofia muscular		
Pubertad temprana			Estatura baja		
Endometriosis			Espina bifida		
Exceso de pelo en el cuerpo			Nacimiento sin vida		
Anormalidades en genitales			Otros		

Comentarios: _____

H. HISTORIA SOCIAL

Cigarros- Cuantos paquetes al dia: _____

Alcohol tipo y número de bebidas/semana: _____

Marihuana – cantidad: _____

Otras drogas – tipo y cantidad: _____

Has usado drogas intravenosas: _____

Que tanto hace ejercicio/ tipo de ejercicio: _____

Comentarios: _____

I. EVALUACION PREVIA

Ha tenido:

	No Realizado	Resultado		Fecha Aprox.	Valor (Si lo sabe)
		Normal	Anormal		
Temperatura Basal de su cuerpo (BBT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
LH orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Biopsia Endometrial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
FSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Prolactina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Examen de la Tiroides (TSH, T4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
DHEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

	No Realizado	Resultado		Fecha Aprox.	Valor (Si lo sabe)
		Normal	Anormal		
Testosterona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Estradiol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Progesterona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Examen Postcoital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cultivo de Micoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cultivo de Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Anticuerpos Anticlamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Histerosalpinograma (HSG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ultrasonido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Radiografía del riñon (IVP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Laparoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Histeroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cariotipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Anticuerpos Anticardiolipina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Lupus anticoagulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Anticuerpos Antinucleares (ANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Exámenes de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Bioquímica sanguínea/Panel hematológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tipo de sangre	<input type="checkbox"/>	_____		_____	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Comentarios: _____

J. TRATAMIENTOS ANTERIORES

	<u>Fecha aprox</u>	<u>Resultado</u>
Clomifine (Clomid, Serophene)	_____	_____
HMG (Profasi)	_____	_____
Gonadotropinas inyectables	_____	_____
Progesterona	_____	_____

K. TRATAMIENTOS ANTERIORES

	<u>Fecha aproximada</u>	<u>Resultado</u>
Lupron	_____	_____
Agonistas GnRH (synarel , Lupron)	_____	_____
Inseminación Intrauterina (IUI)	_____	_____
Inseminación con donante de esperma	_____	_____
Fertilización In Vitro	_____	_____
ICSI	_____	_____
GIFT	_____	_____
OTROS	_____	_____

Por favor utilice esta hoja para para explicar cualquier informacion adicional que usted crea que puede ser de utilidad para el médico.