

**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"/>
	<b>Si</b>	<b>No</b>			
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.