

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

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

A. DATOS MASCULINOS

Fecha de este documento: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de su pareja _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ha visitado a alguna vez a un medico en fertilidad? _____

Doctor: _____

Diagnostico: _____ Tratamiento: _____

B. HISTORIA DE FERTILIDAD

	NUNCA	RESULTADO		Fecha Aprox.	VALORES
		Normal	Anormal		
Se ha hecho:					
Análisis de semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Anticuerpos anti esperma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Comentarios: _____					

Embarazos de matrimonio(s) o pareja(s) anteriores, si aplica:

Embarazos (Incluya todos sus embarazos)	Cuando? (Año que quedo embarazada)	Cuanto tiempo Para encargarlo?	Sexo y peso	Resultado (aborto, ectópico, vaginal, cesaría, muerte al nacer, complicaciones)
Primero				
Segundo				
Tercero				
Cuarto				
Quinto				

Comentarios: _____

C. HISTORIA MÉDICA

Enfermedades serias o crónicas:

Fecha	Enfermedad/Heridas	Complicaciones

Comentarios: _____

Tiene ó ha tenido:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>		<u>SI</u>	<u>NO</u>
Anticuerpos Anti clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exceso de estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de una hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uretritis no gonocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urea plasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uretritis/epididimitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia de testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón dolorosa en testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flujo del pene con dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo sentido de olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis Cística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DES (exposición Intrauterina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esguince	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desordenes alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de eyaculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de erección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testículo sin haber descendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía Varicocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vasectomía reversible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

Si, si explique: _____

Medicamentos: Por favor enliste las medicinas tomadas en el último año con o sin prescripción Medica.

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

Alergias:

A medicina o algo mas	Cuando	Que tipo de reacción?

D. HISTORIA DE CIRUJIAS EN EL PASADO

Operaciones y Hospitalizaciones.

Fecha	Diagnostico	Operación	Donde se hizo	Medico	Complicación De anestesia?

Comentarios: _____

E. HISTORIA FAMILIAR

Origen étnico (circule): Africano/Americano Asiático Asiático/Hindú
 Blanco Hispano Judío India/Mediterráneo Medio Oriente Otro _____

Grupo Étnico (circule todo lo que aplique)	Me han hecho pruebas de:	Si	No	Fecha	Resultado
Africano, Africano Americano	Sickle cell trait				
Asiático, Mediterráneo o Hispano	Talasemia				
Blanco Judío	Fibrosis Cística				
Judío	Tay Sacks				
Judío	Gaucher				

Está relacionado con tu pareja (consanguíneamente)? _____

Comentarios: _____

Alguien en tu familia tiene o tuvo lo siguiente?

	Si	Quien		Si	Quien
Senos anormales			Infertilidad		
Defectos al nacer			Ausencia del olfato		
Desorden de sangrado			Problemas de aprendizaje		
Desorden de Cromosomas			Retraso mental		
Enf.de tejido conectivo			Desorden metabólico		
Fibrosis Cística			Abortos (2 ó más)		
Retraso en el Desarrollo			Estatura pequeña		
Síndrome de Down			Distrofia muscular		
Pubertad previa			Espina bífida		
Genético (desordenes heredados)			Partos sin vida(óbito)		
Anormalidades en genitales			Cáncer testicular		
Hemofilia			Testículos sin descender		
Desorden hormonal			Otros		

Otro: _____

F. HISTORIA SOCIAL

Cigarros-cuantos paquetes al día? _____

Alcohol – tipo y número de bebidas/semana: _____

Marihuana – cantidad: _____

Otras drogas – tipo y cantidad: _____

Ha usado drogas intravenosas? _____

Alguna vez tuvo algún trauma testicular? _____

Exposición a sustancia toxica (pesticida, radiación etc.) _____

Temperatura excesiva en el área testicular? _____

Ejercicio exagerado: _____

Calzoncillos muy justos: _____

Tinas calientes y sauna: _____

Use el resto de esta hoja para describir alguna otra información.