

West Coast Fertility Centers
Formulario de Admisión de Pacientes

| | |
|--|-----------------------------|
| | OFFICE STAFF USE |
| | B/P : _____ GRAV : _____ |
| | LMP : _____ PARA : _____ |
| | CD : _____ SAB : _____ |
| | Wt : _____ TAB : _____ |
| | BMI : _____ ECTOPIC : _____ |

HISTORIAL DE LA PACIENTE

NOMBRE DE MUJER: _____

EDAD: _____ ALTURA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE TIENE ALERGIA Y SUS REACCIONES: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE: _____

¿AÑOS CON PAREJA? _____ ¿AÑOS DE SEXO SIN PROTECCIÓN? _____ ¿PROBADO? Pareja actual Pareja previa

ENUMERE CUALQUIER COMPLIACIÓN DURANTE EMBARAZOS O PARTOS: _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO

¿INICIO DEL PERIODO MENSTRUAL MÁS RECIENTE? _____

¿CUÁNTOS DÍAS DURAN SUS PERÍODOS MENSTRUALES? _____

¿CUÁNTOS DÍAS PASAN DESDE EL INICIO DE UN PERIODO Y EL SIGUIENTE? _____

NIVEL DE DOLOR (0 - 10): _____

¿DOLOR DURANTE EL COITO? _____

ÚLTIMO PAPANICOLAU (Fecha/ Resultado): _____

HISTORIAL MÉDICO

POR FAVOR, EXPLIQUE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA QUE TENGA _____

ENUMERE CON FECHA TODAS LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS PASADOS (Mayores y menores): _____

EMPLEO: _____ NIVEL DE ESTRÉS: _____

EJERCICIO (Tipo / Frecuencia): _____

¿FUMA? _____ SI FUMA, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA? _____

¿BEBE? _____ SI BEBE, ¿CUÁNTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL DÍA? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿CUÁNTOS HERMANOS TIENE? _____

¿CUÁNTAS HERMANAS TIENE? _____

¿SUS HERMANAS Y HERMANOS TIENEN HIJOS? _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DE LA MADRE: _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DEL PADRE: _____

HISTORIAL FAMILIAR DE CÁNCER: _____

EXPLIQUE EL HISTORIAL FAMILIAR DE DEFECTOS GENÉTICOS O DE NACIMIENTO: _____

ANTERIORES PRUEBAS/ TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD

CAUSA DE LA INFERTILIDAD Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD (Fechas / Tipo de procedimiento / Resultados): _____

HYSTEROSCOPY (Date / Result): _____

HYSTEROSALPINGOGRAM (Date / Result): _____

CYCLE DAY 3 **HORMONES**: DATE _____ FSH _____ LH _____ E2 _____ TSH _____

HISTORIAL DE LA PAREJA

NOMBRE DE HOMBRE: _____

EDAD: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE TIENE ALERGIA Y SUS REACCIONES: _____

EMBARAZOS INICIADOS CON LA PAREJA ACTUAL: _____ ¿PAREJA ANTERIOR? _____

¿PROBADO? Pareja actual Pareja anterior

HISTORIAL MÉDICO

POR FAVOR, EXPLIQUE CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO QUE TENGA _____

POR FAVOR, ENUMERE CON FECHA TODAS LAS CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS PASADOS (Mayores y menores): _____

EMPLEO: _____ NIVEL DE ESTRÉS: _____

¿USA JACUZZI? _____

EJERCICIO (Tipo / Frecuencia): _____

¿FUMA? _____ SI FUMA, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA? _____

¿BEBE? _____ SI BEBE, ¿CUÁNTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL DÍA? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿CUÁNTOS HERMANOS TIENE? _____

¿CUÁNTAS HERMANAS TIENE? _____

¿SUS HERMANAS Y HERMANOS TIENEN HIJOS? _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DE LA MADRE: _____

EDAD Y ESTADO DE SALUD DEL PADRE: _____

EXPLIQUE EL HISTORIAL FAMILIAR DE DEFECTOS GENÉTICOS O DE NACIMIENTO: _____

SEMEN ANALYSIS DATE: _____

CONCENTRATION: _____

MOTILITY: _____

MORPHOLOGY: _____

PROGRESSION: _____ VOL: _____

INTAKE BY: _____

PHYSICAL EXAMINATION

HABITUS: _____

SKIN: WNL _____ OTHER _____

THYROID: WNL _____ OTHER _____

ABD: WNL _____ OTHER _____

PELVIC: BUS - WNL _____ OTHER _____

MANUAL: WNL _____ OTHER _____

ULTRASOUND: _____

IMPRESSION: _____

PLAN: _____
