

## Nuevo Paciente-Infertilidad



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Esposo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a esta oficina? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

En sus propias palabras, describa cualesquiera evaluaciones o tratamiento anteriores que conduce la visita de hoy.

\_\_\_\_\_

Periodo menstrual: Regular SI / NO Cuántos días entre los períodos: \_\_\_\_\_

Por cuanto le dura \_\_\_\_\_ Sus periodos son pesados o livianos: \_\_\_\_\_

¿Cólicos? \_\_\_\_\_ ¿Son severos? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene descarga en los senos? SI / NO

¿En promedio, cuantas veces a la semana tienes relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

¿Tienes dolor? SI / NO Explique \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido pruebas para comprobar si sus trompas están abiertos? SI / NO- Describa los resultados:

\_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido pruebas para comprobar si esta ovulando? SI / NO- Describa los resultados:

\_\_\_\_\_

Cirugías anteriores: \_\_\_\_\_

Por favor de explicar cualquiera y todos los problemas médicos que le han diagnosticado:

\_\_\_\_\_

Medicinas tomando actualmente (incluyendo sin receta/prescripción):

\_\_\_\_\_

¿Hay cualquier antecedente familiar de anomalías congénitas, los defectos de nacimiento, los asimientos, las enfermedades genéticas, senos u ovario o cáncer en el colon, tensión arterial alta, enfermedad cardiaca, diabetes, sangría o desórdenes de coagulación, enfermedades inmunes auto o cuál quierres otras enfermedades de familia o genéticas?

\_\_\_\_\_

### EMPLEADOS SOLAMENTE

HT	WT	BP
----	----	----