



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

N.º de MPI

PACIENTE DE SEXO FEMENINO: INTERNACIONAL
ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR CUALQUIER PACIENTE MUJER
QUE SE SOMETA A TRATAMIENTO MÉDICO O EVALUACIÓN.

Información de la paciente

Datos demográficos

Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre), en letra de imprenta

Nombre de soltera (si corresponde)

Nombre con el que prefiere que la llamen (apodo)

Fecha de nacimiento

Edad

Estado civil

Dirección particular (calle, ciudad, estado/provincia, código postal)

País

Marque la casilla junto al método de contacto preferido:

_____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No
Teléfono particular

_____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No
Teléfono laboral

_____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No
Teléfono celular

Correo electrónico

Nombre del contacto en caso de emergencia

Número de teléfono

877.324.4483 | fcionline.com

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Empleo

Ocupación

Información del proveedor de atención médica/Remisión

Especifique de qué manera se enteró de nosotros. Derivado por médico Amigo o familiar Internet Otro: _____

Nombre del médico que lo derivó

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado/provincia, código postal)

País

Teléfono

Fax

¿Fue derivado a un médico específico de Fertility Centers of Illinois? Sí No

Médico de Fertility Centers of Illinois al cual la derivaron

Nombre del proveedor de atención médica primaria/obstetra/ginecólogo (en caso de diferir del antes mencionado)

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado/provincia, código postal)

País

Teléfono

Fax

¿Está buscando que la evalúen o la traten? Soltera Con un cónyuge o pareja

Nombre del cónyuge o pareja (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)

Sexo del cónyuge o pareja: Femenino Masculino

Motivo de su visita en el día de hoy:



Sección de consentimiento informado

1. Consentimiento por correo electrónico:

Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois les ofrecen a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico en caso de tener preguntas o inquietudes generales. Dado que la comunicación por correo electrónico implica ciertos riesgos, y que su privacidad y seguridad son de suma importancia para nosotros, los pacientes deben considerar con cuidado su decisión antes de dar su consentimiento para recibir correos electrónicos. Entre los riesgos de la comunicación por correo electrónico, se incluyen los siguientes:

- 1) Circulación, reenvío y almacenamiento en diversos archivos impresos y en formato electrónico.
- 2) El correo electrónico puede ser enviado tanto a destinatarios deseados como no deseados.
- 3) El correo electrónico puede ser enviado a una dirección incorrecta.
- 4) El correo electrónico puede falsificarse más fácilmente que un documento manuscrito o firmado.
- 5) Podrían existir copias de respaldo de los correos electrónicos, incluso después de que el remitente o destinatario hayan borrado sus copias.
- 6) El correo electrónico puede ser alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- 7) Junto con el correo electrónico, pueden introducirse virus en los sistemas informáticos.

Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois usarán métodos razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. No obstante, debido a los riesgos indicados anteriormente, no podemos garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y, por lo tanto, no debe incluir nunca su número de seguro social o fecha de nacimiento en ningún correo electrónico que nos envíe.

Además, el correo electrónico no debe usarse nunca para comunicar problemas clínicos agudos o urgentes, como dolor o sangrado anormal. Nuestros médicos y el personal siempre tratan de responder los correos electrónicos rápidamente. Sin embargo, en cualquier caso de problema clínico, debe seguir las pautas adecuadas llamando a nuestro consultorio o al servicio de contestador fuera del horario de atención. En caso de una emergencia médica, llame al 911.

Coloque las
iniciales aquí

Autorizo a Fertility Centers of Illinois a comunicarse conmigo por correo electrónico por temas relacionados con mi atención médica y cargos financieros asociados (usaremos la dirección de correo electrónico que figura en la primera página de este formulario).

2. Autorización para el uso y la divulgación de la información de salud al cónyuge o pareja (si corresponde):

Por medio del presente, autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información de salud que se indica a continuación al siguiente:

Cónyuge/Pareja (en letra de imprenta)

Autorizo la divulgación de la siguiente información:

Toda la información de salud, como, por ejemplo (si está disponible), cualquier resultado o información en relación con el VIH, información genética, psicoterapia y salud mental, y abuso de sustancias o de alcohol.

Otro: _____

Fertility Centers of Illinois solo divulgará la información de salud que usted haya autorizado anteriormente, salvo que la ley exija lo contrario.

Coloque las
iniciales aquí

Autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar mi información de salud (y la información financiera relacionada), según lo designado anteriormente.



Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si lo hace, esto no afectará a ninguna acción que se haya tomado anteriormente conforme a la autorización. Una vez que la información se divulga en virtud de esta autorización, se puede divulgar nuevamente y es posible que no esté protegida por las leyes de privacidad.

3. Aviso sobre responsabilidad financiera del paciente: Pago y consentimiento para la divulgación de la información y reconocimiento de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA): Pacientes internacionales

El objetivo de Fertility Centers of Illinois es ofrecerle la atención de fertilidad más sensible, integral y tecnológicamente avanzada.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Usted es financieramente responsable de TODOS los gastos incurridos.

Su asesor financiero de Fertility Centers of Illinois revisará con usted y en detalle los costos de sus servicios médicos planificados, y la fecha en que deberá pagar por estos.

Fertility Centers of Illinois puede considerar necesario negar el tratamiento a un paciente si no se realizó el pago oportunamente. Esto puede generar interrupciones en su atención.

Cobertura de medicamentos: En su país, usted puede pedirle los medicamentos a un médico o a una farmacia local. De manera alternativa, nos complacerá solicitar sus medicamentos aquí en los Estados Unidos.

_____ He leído y entiendo la política descrita anteriormente, y acuerdo aceptar la plena responsabilidad financiera según lo descrito.
Coloque las iniciales aquí Los pacientes casados o unidos por ley son conjuntamente responsables de todos los gastos incurridos.

_____ Reconozco que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad.
Coloque las iniciales aquí



Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Antecedentes relacionados con el embarazo

Duración del matrimonio (o relación): _____

Duración de infertilidad: (Meses teniendo relaciones sexuales sin anticonceptivos.) _____ meses

¿Ha estado embarazada anteriormente? Sí No ¿Ha tratado de quedar embarazada anteriormente? Sí No

Cantidad de embarazos: _____ Partos a término: _____ Partos prematuros: _____

Abortos espontáneos: _____ Abortos programados: _____ Niños adoptados: _____

A continuación, proporcione detalles sobre cada embarazo (si corresponde).

	Fecha	Aborto espontáneo	Aborto programado	Ectópico	Cantidad de meses para concebir	Tratamiento contra la infertilidad	Peso/Sexo	Cesárea	Complicaciones	¿Su pareja actual es el padre del bebé?
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Si tuvo complicaciones en alguno de los embarazos mencionados, proporcione una descripción:

Antecedentes sobre períodos menstruales (hormonales)

Fecha de su último período menstrual: _____ Edad en que se presentó su primer período menstrual: _____

¿Sus períodos son regulares? Sí No ¿Cuántos días entre un inicio y el siguiente? _____

¿Cuántos días dura su período? _____ ¿Sangra entre períodos? Sí No

¿Tiene síntomas premenstruales? Casi siempre Rara vez Nunca

Dolor/calambres pélvicos: Ninguno Durante el período Antes del período Luego del período
 En medio del ciclo Durante la relación sexual Cuando orina Cuando defeca
 La hace abandonar actividades habituales La hace faltar al trabajo

Dolor/calambres pélvicos: Leve Moderado Severo Empeorando Mejorando Sin cambios
 Del lado derecho De lado izquierdo En el medio

¿Qué medicamentos toma para el dolor/los calambres? _____



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Uso de anticonceptivos

Tipo: _____ Desde qué fecha hasta qué fecha: _____ Razón para discontinuar: _____

Tipo: _____ Desde qué fecha hasta qué fecha: _____ Razón para discontinuar: _____

¿Alguna vez se sometió a una esterilización quirúrgica o reversión? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, especifique qué procedimientos se llevaron a cabo y aproximadamente en qué fechas: _____

Antecedentes sexuales

¿Cuántas veces por semana tienen relaciones sexuales? _____ ¿Cuántas veces tienen sexo durante la ovulación? _____

¿Usa lubricantes para tener sexo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? _____

¿Se ducha antes o después de tener sexo? Sí No

¿Alguna vez tuvo experiencias sexuales no deseadas? _____

Actualmente, ¿tiene problemas sexuales? _____



Antecedentes médicos

¿Tiene o tuvo alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adherencias pélvicas | <input type="checkbox"/> Infección genital |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos contra la clamidia | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Micoplasma |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso (10 libras o más) | <input type="checkbox"/> Papanicolau anormal |
| <input type="checkbox"/> Aumento del acné | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso (10 libras o más) |
| <input type="checkbox"/> Aumento del vello facial o corporal | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Cervicitis | <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Secreción mamaria |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Sentido del olfato deficiente |
| <input type="checkbox"/> Colitis o enteritis | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sofocoes |
| <input type="checkbox"/> Criocirugía (congelación) o cirugía del cuello uterino | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Tricomonas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Estrés en exceso | <input type="checkbox"/> Ureaplasma |
| <input type="checkbox"/> Fibromas o miomas uterinos | <input type="checkbox"/> Útero anormal (forma, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Vaginitis recurrente |
| <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios especiales | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales/condiloma |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | |

Si respondió afirmativamente a algunas de las preguntas, proporcione una explicación:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Enumere todas las lesiones o enfermedades graves o crónicas que aún no describió:

Indique si usted o los miembros de su familia tienen los siguientes trastornos: Infertilidad Trastorno hormonal Otros trastornos heredados
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

¿A alguno de sus familiares directos le diagnosticaron cáncer de mama o de ovario? Sí No
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

¿Algún miembro de su familia nació con defectos congénitos o discapacidad intelectual? Sí No
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

¿Usted o algún miembro de su familia tienen trastornos de coagulación sanguínea/hemorrágicos? Sí No
En caso afirmativo, proporcione una explicación:



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Operaciones y hospitalizaciones

Fecha:	Diagnóstico:	Operación:	¿Dónde se realizó?	Médico:
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos y suplementos recetados y de venta libre que usó durante el año pasado.

Nombre del medicamento:	Dosis y frecuencia:	Fecha aproximada en que lo tomó:	Motivo por el cual lo tomó:
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Alergias

Indique a qué es alérgica. (Droga o sustancia)	¿En qué momento?	¿Qué tipo de reacción?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Evaluaciones previas

Tuvo (marque todas las opciones que correspondan):

		Fecha aproximada	Valores (si los conoce)
Gráfico de temperatura basal del cuerpo	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Incremento de LH en orina (equipo casero para predecir la ovulación)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Biopsia de endometrio	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Hormona antimulleriana (HAM)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Hormona estimuladora de folículos (FSH)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Hormona luteinizante (HL)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Estradiol	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Prolactina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Pruebas de tiroides (TSH, T4)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Análisis de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Testosterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Progesterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Cultivo de micoplasma	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Cultivo de clamidia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos contra la clamidia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Histerosalpingografía (HSG)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Ecografía	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Sonohisterograma con solución salina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Laparoscopia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Histeroscopia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Prueba genética de cariotipo	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos anticardiolipinas (ACA)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Anticoagulante lúpico	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos antinucleares (ANA)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Pantalla de coagulación	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Pruebas hematológicas/bioquímicas	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Tratamientos previos

	¿Cuántos meses?	Dosis (si la conoce)	Fechas aproximadas registradas
Clomifeno (Clomid, Serophene)			
Gonadotropinas (Follistim, Gonal-F, Bravelle, Menopur)			
HCG (Novarel, Ovidrel)			
Progesterona			
Dexametasona u otro esteroide			
Agonista de GnRH (Synarel, Lupron)			
Antagonista de GnRH (Ganirelix, Cetrotide)			
Inseminación intrauterina			
Inseminación con semen de donante			
IVF (Fertilización In Vitro)			
Donación de óvulos			
Subrogación			
Otro			

Antecedentes sociales

Fuma en la actualidad Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de cigarrillos por día: _____

Fumó en el pasado Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique por cuánto tiempo fumó. _____
¿Cuándo dejó de fumar? _____

Alcohol Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y la cantidad de bebida por semana: _____

Marihuana Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de veces que consume por semana: _____

Otras sustancias Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y la cantidad consumida por semana: _____

Uso de sustancias por vía intravenosa Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y el momento en que consume. _____

Cantidad de bebidas con cafeína que toma por día: _____

Exposición a la radiación Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Exposición a tóxicos Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Uso de terminal de video Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Uso de manta eléctrica Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Uso de sauna o hidromasaje Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Ejercicio vigoroso Sí No

Tipo: _____ Horas a la semana: _____

Tipo: _____ Horas a la semana: _____

Origen étnico

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), a través de la Sociedad de Tecnología para la Reproducción Asistida (SART), requieren información estadística sobre la raza o el origen étnico de nuestros pacientes.

Etnia: (Marque todas las opciones que correspondan)

Blanca

Hispana o latina

Negra o afroamericana

Asiática

Amerindio o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Desconocida

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

A fin de determinar qué pruebas genéticas son recomendables para usted, describa su origen étnico o países de origen de su familia:

Además, a los propósitos de las pruebas genéticas, marque esta casilla si es: Judío ashkenazi, cajún o francés canadiense

¿Se realizó alguna vez alguna prueba genética según el origen étnico que marcó arriba? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, especifique las razones para realizarse las pruebas que se mencionan a continuación:

- Sin antecedentes familiares (cribado)
- Antecedentes familiares conocidos
- Portador conocido
- Donante de óvulos
- Infertilidad

Información adicional

Incluya información adicional que considere necesaria para su médico y el equipo de atención médica.

Sección de firmas

Al firmar a continuación, reconozco que toda la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa, y que autorizo todas las acciones indicadas arriba.

Firma

Fecha