



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

N.º de MPI

**PACIENTE GINECOLÓGICA DE SEXO FEMENINO: EE. UU.**  
**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

Número de Seguro Social

Estado civil

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

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

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

**Empleo**

Nombre de la empresa

Dirección de la empresa (calle, ciudad, estado, código postal)

Ocupación

**Seguro principal**

Compañía de seguro

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Número de ID. de la póliza

Número de grupo

Nombre del titular de la póliza

Número de teléfono del titular de la póliza (si difiere del anterior)

**Seguro secundario (si corresponde)**

Compañía de seguro

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Número de ID. de la póliza

Número de grupo

Nombre del titular de la póliza

Número de teléfono del titular de la póliza (si difiere del anterior)

**877.324.4483 | fcionline.com**



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

**Información del proveedor de atención médica/remisión**

Especifique de qué manera se enteró de nosotros.

- Derivada por un médico   
  Amigo o familiar   
  Internet   
  Lista del seguro   
  Seminario educativo  
 Radio   
  Televisión   
  Páginas amarillas   
  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que lo derivó

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

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, código postal)

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 de EE. UU.**

El objetivo de Fertility Centers of Illinois es ofrecerle la atención más sensible, integral y tecnológicamente avanzada. Si tiene cobertura de seguro, haremos todo lo posible por coordinar su atención de manera rentable y dentro de los límites de los beneficios de su seguro, y minimizar los gastos de los cuales debe hacerse cargo.

Los beneficios varían ampliamente según el estado, la compañía aseguradora y el plan específico. Definitivamente, usted deberá hacerse responsable de todos los gastos incurridos. Su póliza determina en qué medida debe hacerse cargo de todos los deducibles, copagos, coseguro y servicios no cubiertos. Fertility Centers of Illinois **no** se responsabiliza por la información incorrecta que proporcione su compañía aseguradora, ni en el caso de que su empleador no brinde información precisa a la aseguradora sobre su condición laboral. Los pagos a Fertility Centers of Illinois están sujetos a auditoría y pueden requerir reembolsos que lo hacen responsable de los cargos.

La cobertura disponible para usted depende de su condición laboral y de las elecciones que haga dentro de los planes que le ofrece su empleador. Fertility Centers of Illinois no puede controlar todos los requisitos de los cientos de planes diferentes que se ofrecen en su área. Usted es responsable de entender los detalles de su plan de seguro, y esperamos que mantenga a Fertility Centers of Illinois al tanto de la información correcta sobre su cobertura. Esta información incluye, entre otras cosas, el cambio en su condición laboral o en el estado de beneficiario según la cobertura familiar, el cambio de compañía aseguradora o del plan ofrecido por su empleador, o la pérdida de la cobertura de seguro o quiebra de su empleador.

Fertility Centers of Illinois puede considerar necesario negar el tratamiento a un paciente si la compañía aseguradora o el paciente no realizaron el pago.

Los planes de atención administrada pueden requerir una remisión por escrito antes de que reciba los servicios de Fertility Centers of Illinois. Si este es el caso, debe llevar la remisión a la cita inicial; de lo contrario, la cita puede reprogramarse. Si opta por proceder sin una remisión válida, deberá hacerse responsable de todos los cargos.

\_\_\_\_\_  
Coloque las  
iniciales aquí

He leído y entiendo la política descrita anteriormente, y acuerdo aceptar la plena responsabilidad financiera según lo descrito. Autorizo a Fertility Centers of Illinois a recibir el pago de los beneficios del seguro por las reclamaciones presentadas en mi nombre, y también autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información médica necesaria para los pagos de las reclamaciones. Los pacientes casados o unidos por ley son conjuntamente responsables de todos los gastos incurridos.

\_\_\_\_\_  
Coloque las  
iniciales aquí

Reconozco que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad.



Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**Antecedentes relacionados con el embarazo**

¿Está intentando quedar embarazada en la actualidad?  Sí  No

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

¿Alguna vez tuvo experiencias sexuales no deseadas? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿tiene problemas sexuales? \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos

Indique si tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones: (Marque todas las opciones que correspondan).

- |   |  |
|---|--|
| <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"/> Sofocones                         |
| <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

Indique si se sometió a alguno de los siguientes procedimientos (marque todas las opciones que correspondan):

		Fecha aproximada	Valores (si los conoce)
Estradiol	<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		
Progesterona	<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		
Insulina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Lípidos/Colesterol	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
17-alfa hidroxiprogesterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Cortisol	<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		
Pruebas hematológicas/bioquímicas	<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 contra la clamidia	<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		
Biopsia de endometrio	<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		
Histeroscopia	<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		



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

### 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: \_\_\_\_\_

Ejercicio vigoroso  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_ Horas a la semana: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Horas a la semana: \_\_\_\_\_

### 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