

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

No. de MPI

PACIENTE MUJER: INTERNACIONAL
ESTE FORMULARIO LO DEBE LLENAR CUALQUIER PACIENTE
FEMENINO QUE RECIBIRÁ TRATAMIENTO O EVALUACIÓN MÉDICA.

Información del paciente

Datos demográficos

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) – escriba en letra imprenta

Nombre de soltera (si corresponde)

Nombre por el que prefiere que lo llamen (sobrenombre)

Fecha de nacimiento

Edad

Estado civil

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

País

Marque la casilla que se encuentra al lado del método por el que prefiere que lo contacten:

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

_____ ¿Podemos dejarle un mensaje detallado? Sí No
Teléfono del trabajo

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

Correo electrónico

Nombre de contacto en caso de emergencia

Número de teléfono

877.324.4483 | fcionline.com

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Empleo

Empleo Información del paciente

Información del proveedor de servicios de salud o de la remisión

Especifique cómo nos encontró. Remisión Amigos o familiares Internet Otra: _____

Nombre del proveedor de atención de salud primaria, obstetra o ginecólogo

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

País

Teléfono

Fax

¿Lo remitió este proveedor de servicios de salud a Fertility Centers of Illinois? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿lo remitieron a un médico específico de Fertility Centers of Illinois? Sí No

Médico de Fertility Centers of Illinois al que fue remitida

Desea hacerse una evaluación o un tratamiento: Soltero Con su cónyuge o pareja

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

Sexo del cónyuge o pareja: Femenino Masculino

Motivo de la consulta de hoy:



Área de consentimiento informado

1. Consentimiento para correos electrónicos:

Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois ofrecen a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico si tienen preguntas o inquietudes generales. Como el correo electrónico tiene ciertos riesgos y su privacidad y su seguridad son de primordial importancia para nosotros, los pacientes deben considerar cuidadosamente esta posibilidad antes de dar su consentimiento para correos electrónicos. Entre los riesgos del correo electrónico se encuentran, entre otros:

- 1) La circulación, el reenvío y el almacenamiento de numerosos documentos y archivos electrónicos.
- 2) La difusión a destinatarios en forma deliberada y no deliberada.
- 3) Correos electrónicos enviados en forma errónea.
- 4) Una falsificación más fácil que con documentos escritos a mano o firmados.
- 5) Las copias de respaldo permanecen incluso después de que el remitente o el destinatario borran sus copias.
- 6) Las modificaciones, reenvíos o el uso no autorizado pueden ser difíciles de descubrir.
- 7) La introducción de virus en el sistema de la computadora.

Los médicos y el equipo de Fertility Centers of Illinois tomarán medidas razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información que se envía y se recibe por correo electrónico. Sin embargo, a causa de los riesgos antes mencionados, no podemos garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y, por lo tanto, nunca debe incluir su número del seguro social o fecha de nacimiento en ningún correo electrónico que nos envíe.

Además, no debe usar los correos electrónicos para comunicar problemas clínicos urgentes o graves, como dolor o sangrado anómalo. Nuestros médicos y nuestro personal siempre tratan de responder los correos en forma oportuna. Sin embargo, si tiene algún problema clínico, siga las pautas que correspondan y llame a nuestro consultorio o al servicio de mensajes telefónicos después del horario de atención. En caso de emergencia médica, llame al 911.

Coloque sus
iniciales aquí

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

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

Por medio del presente documento, autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información de salud descrita a continuación a:

Cónyuge o pareja (en letra de imprenta)

Autorizo la divulgación de la siguiente información:

- Toda la información de salud, como por ejemplo (si corresponde) cualquier resultado o información relacionada con el VIH, información genética, psicoterapia o salud mental y consumo de sustancias o alcohol
- Other: _____

Fertility Centers of Illinois solo divulgará la información de salud que usted ha autorizado anteriormente, salvo las excepciones establecidas por ley.

Coloque sus
iniciales aquí

Autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar mi información de salud (y la información financiera relacionada) como se indica anteriormente.



Your Miracle. Our Mission.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si la revoca, no afectará las medidas previas que se hayan tomado en virtud de su autorización. Una vez que la información de salud se divulga en conformidad con su autorización, puede volver a ser divulgada y ya no estará protegida bajo las leyes de privacidad.

3. Aviso de responsabilidad financiera del paciente. Pagos, Consentimiento para la divulgación de información y Reconocimiento de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA): Pacientes de EE. UU.

La meta de Fertility Centers of Illinois es proporcionarle el cuidado en fecundidad más tecnológicamente avanzado, integral y sensible.

Tenga presente los siguientes puntos:

Usted es financieramente responsable de TODAS las atenciones prestadas.

El asesor financiero de Fertility Centers of Illinois revisará con usted los costos de las atenciones médicas planificadas en detalle, así como también el momento en que debe realizar los pagos.

Fertility Centers of Illinois puede considerar necesario rehusarse a tratar a un paciente si los pagos no se realizan de forma oportuna. Esto podría dar como resultado la interrupción de su atención.

Cobertura de medicamentos: Es posible que en su país, pueda ordenar los medicamentos con su médico o su farmacia local. Alternativamente, ordenaremos con gusto sus medicamentos aquí en los Estados Unidos.

Coloque sus
iniciales aquí

He leído y comprendo la política descrita anteriormente y acepto asumir la total responsabilidad financiera según lo descrito. Autorizo el pago a FertilityCentersofIllinois los beneficios del plan de seguro por las reclamaciones presentadas en mi nombre y, además, autorizo a FertilityCentersofIllinois a divulgar cualquier información médica necesaria para los pagos de reclamaciones. Los pacientes casados o que están dentro de uniones legales son responsables en forma conjunta de todos los cargos en los que incurran.

Coloque sus
iniciales aquí

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

877.324.4483 | fcionline.com



Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Antecedentes de embarazo

Duración del matrimonio (o de la relación): _____ ¿Durante cuánto tiempo ha intentado quedar embarazada? _____

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

Número de embarazos: _____ Partos de término: _____ Partos prematuros: _____

Abortos espontáneos: _____ Aborto provocado: _____ Hijos adoptados: _____

A continuación proporcione los detalles de cada embarazo (si corresponde).

	Fecha	Aborto espontáneo	Embarazo ectópico	Ectopic	Número de meses que demoró en concebir	Tratamiento contra la esterilidad	Peso y sexo	Cesárea	Complicaciones	¿Es su actual pareja el padre?
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 cualquiera de los embarazos mencionados anteriormente, descríbalas:

Antecedentes menstruales (hormonales)

Fecha de su último período menstrual: _____ Edad de su primer período: _____

¿Tiene períodos menstruales regulares? Sí No ¿Cuántos días pasan entre un período y otro? _____

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

¿Tiene síntomas premenstruales? Casi siempre Rara vez Nunca

Dolor o calambres pélvicos: Nunca Durante su período Antes de su período Después de su período
 A la mitad del ciclo Durante las relaciones sexuales Al orinar Al defecar
 Causa que no pueda hacer sus actividades habituales Causa que se ausente del trabajo

Dolor o calambres pélvicos: Leve Moderado Intenso Que empeora Que mejora No cambia
 En el lado derecho En el lado izquierdo En el medio

¿Qué medicamentos toma para los dolores o calambres? _____



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Uso de anticonceptivos

Tipo: Desde y hasta cuándo: _____ Razón por la que dejó de tomarlos: _____

Tipo: Desde y hasta cuándo: _____ Razón por la que dejó de tomarlos: _____

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

Si la respuesta es Sí, ¿a qué procedimiento se sometió y en qué fecha aproximadamente?: _____

Antecedentes sexuales

¿Cuántas veces a la semana tiene relaciones sexuales? _____

¿Cuántas veces tiene relaciones sexuales en la fecha próxima a la ovulación? _____

¿Usa lubricantes para tener relaciones sexuales? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de lubricante? _____

¿Utiliza duchas vaginales antes o después de tener relaciones sexuales? Sí No

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales no deseadas? _____

¿Tiene algún problema sexual actualmente? _____

Antecedentes médicos

¿Tiene o ha tenido lo siguiente? (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Papanicolau anómalo | <input type="checkbox"/> Gonorrea |
| <input type="checkbox"/> Útero anómalo (forma, etc.) | <input type="checkbox"/> Microplasma |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos anticlamidiales | <input type="checkbox"/> Quistes ováricos |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Adherencias pélvicas |
| <input type="checkbox"/> Cervicitis | <input type="checkbox"/> Infección pélvica |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Vaginitis recurrente |
| <input type="checkbox"/> Colitis o enteritis | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Criocirugía (congelamiento) del cuello uterino | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Tricomonas |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Ureaplasma |
| <input type="checkbox"/> Verrugas genitales o condiloma | <input type="checkbox"/> Fibromiomas uterinos o miomas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunitarias | <input type="checkbox"/> Sentido del olfato deficiente |
| <input type="checkbox"/> Secreciones del seno | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios especiales |
| <input type="checkbox"/> Estrés excesivo | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Bochornos | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Aumento del acné | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso (10 o más libras) |
| <input type="checkbox"/> Aumento del vello facial o corporal | <input type="checkbox"/> Aumento de peso (10 o más libras) |

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Indique todas las enfermedades graves o crónicas, o lesiones que aún no se han descrito:

¿Usted o algún familiar tiene?: Esterilidad Trastorno hormonal Otros trastornos heredados

Si la respuesta es Sí, explique:

¿Tiene usted un trastorno hormonal? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

¿Alguno de sus familiares cercanos ha sido diagnosticado con cáncer de mama o de ovario? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

¿Alguno de sus familiares nació con algún defecto congénito o retraso mental? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

¿Usted o algún familiar tiene un trastorno de sangrado o de coagulación? Sí No

Si la respuesta es sí, explique:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Operaciones y hospitalizaciones

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

Medicamentos

Indique todos los medicamentos de venta con y sin receta médica y los suplementos que usó durante el año pasado.

Nombre del medicamento:	Dosis y frecuencia:	Fecha(s) que tomo el medicamento:	Motivo por el que lo toma:
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Alergias

¿A qué? (medicamento o sustancia)	¿Cuándo?	¿Qué tipo de reacción presentó?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Evaluaciones anteriores

¿Se ha sometido a alguna de las siguientes evaluaciones? (marque todas las que correspondan):

		Fecha aproximada	Valores (si los conoce)
Gráfica de la temperatura basal del cuerpo	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Elevación de la hormona LH en la orina (equipo de predicción de la ovulación)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Biopsia del endometrio	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
AMH	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
FSH	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
LH	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Estradiol	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Prolactina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Prueba de tiroides (TSH, T4)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
DHEAS	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Testosterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Progesterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Cultivo de microplasma	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Cultivo de clamidia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos anticlamidiales	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Histerosalpingografía (HSG)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Ecografía	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Sonohisterografía salina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Laparoscopia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Histeroscopia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Prueba genética de cariotipo	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos anticardiolipínicos	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Lupus anticoagulante	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos antinucleares (AAN)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Evaluación de coagulación	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		
Perfil bioquímico o hematológico	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anómalo <input type="checkbox"/> Normal		



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Tratamientos anteriores

	¿Durante cuántos meses?	Dosis (si la conoce)	Fechas aproximadas en que las tomó
Clomifeno (Clomid, Serophene)			
Gonadotropinas (Follistim, Gonal-F, Bravelle, Menopur)			
HCG (Novarel, Ovidrel)			
Progesterona			
Dexametasona u otros esteroides			
Agonistas GnRH (Synarel, Lupron)			
Antagonistas GnRH (Ganirelix, Cetrotide)			
Inseminación intrauterina			
Inseminación con donante de esperma			
Fertilización in vitro (FIV)			
Óvulo de donante			
Madre de alquiler			
Otro			



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Antecedentes sociales

¿Fuma actualmente? Sí No Si la respuesta es sí, indique el número de cigarrillos diarios _____

¿Fumó en el pasado? Sí No Si la respuesta es sí, ¿durante cuánto tiempo fumó? _____
¿Cuándo dejó de fumar? _____

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

Marihuana Sí No Si la respuesta es sí, indique cuántas veces fumaba en la semana: _____

Otras drogas Sí No Si la respuesta es sí, indique el tipo y cuántas veces las usaba por semana: _____

Uso de drogas intravenosas Sí No Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo y cuándo? _____

Número de bebidas con caféina al día: _____

Exposición a la radiación Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

Exposición a productos tóxicos Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

Uso de terminales de video Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

Uso de frazadas eléctricas Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

Uso de sauna o jacuzzi Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

Ejercicio enérgico Sí No

Tipo: _____ Horas por semana: _____

Tipo: _____ Horas por semana: _____

A Origen étnico

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control and Prevention), a través de la Sociedad para la Tecnología de Reproducción Asistida (SART, Society for Assisted Reproductive Technology), solicitan la raza o etnia de los pacientes para los requisitos de informes estadísticos.

Origen étnico (marque todas las que correspondan):

Blanco

Hispano o latino

Negro o afroamericano

Asiático

Indoamericano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

No sabe

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Para determinar los exámenes genéticos recomendados para usted, describa su origen étnico o el país de origen de su familia:

Además, para la realización de exámenes genéticos, marque esta opción si corresponde: Judío ashkenazi, cajún o canadiense francés

¿Se ha realizado alguna vez un examen genético basado en el origen étnico que marcó anteriormente? Sí No

Si la respuesta es sí, especifique los motivos por los que se realizó esta prueba:

Sin antecedentes familiares (evaluación)

Antecedentes familiares conocidos

Portador conocido

Donante de esperma

Esterilidad

Información adicional

Indique cualquier información adicional que usted considere que el médico y el equipo de atención de salud necesitan conocer.

Área para la firma

Con mi firma a continuación, reconozco que la información proporcionada es, a mi entender, completa y precisa, y que autorizo todas las acciones anteriormente indicadas con mis iniciales.

Firma

Fecha