



Your Miracle. Our Mission.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

No. de MPI

**PACIENTE HOMBRE: INTERNACIONAL**  
**ESTE FORMULARIO LO DEBE LLENAR CUALQUIER PACIENTE MASCULINO**  
**QUE RECIBIRÁ TRATAMIENTO O EVALUACIÓN MÉDICA.**

**Información del paciente**

**Datos demográficos**

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

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

\_\_\_\_\_  
Email

Nombre de contacto en caso de emergencia

Número de teléfono

**877.324.4483 | fcionline.com**



Your Miracle. Our Mission.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

**Empleo**

Ocupación

**Información del proveedor de servicios de salud o de la remisión**

Especifique cómo nos encontró.  Remítase al formulario del cónyuge o pareja  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:

**877.324.4483 | fcionline.com**



## 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
- Otra: \_\_\_\_\_

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.



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 internacionales**

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.

\_\_\_\_\_ He leído y comprendo la política descrita anteriormente y acepto asumir la total responsabilidad financiera según lo descrito.  
Coloque sus iniciales aquí Los pacientes casados o que están dentro de uniones legales son responsables en forma conjunta de todos los cargos en los que incurran

\_\_\_\_\_ Reconozco que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad.  
Coloque sus iniciales aquí

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

### Antecedentes médicos

¿Sufre de alguna enfermedad o lesión aguda o grave?  Sí  No

Si la respuesta es sí, descríbala:

---

---

¿Toma algún medicamento o suplemento?  Sí  No

Si la respuesta es sí, anote todos los medicamentos 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. \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna dificultad con la erección o la eyaculación?  Sí  No

Si su respuesta es sí, descríbala:

---

¿Se ha realizado alguna vez un análisis de semen (AS)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿el resultado fue  Normal o  Anómalo?

¿Ha embarazado alguna vez a una mujer?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Causa de esterilidad previamente diagnosticada: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal                    | <input type="checkbox"/> Microplasma                    |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos anticlámidiales          | <input type="checkbox"/> Secreciones o dolor en el pene |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de testículos                | <input type="checkbox"/> Anomalías físicas              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                               | <input type="checkbox"/> Prostatitis                    |
| <input type="checkbox"/> Clamidia                             | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico       |
| <input type="checkbox"/> Colitis                              | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   |
| <input type="checkbox"/> Exposición al DES en el útero        | <input type="checkbox"/> Ejercicio extenuante           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Sífilis                        |
| <input type="checkbox"/> Estrés excesivo                      | <input type="checkbox"/> Testículo no descendido        |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital                       | <input type="checkbox"/> Ureaplasma                     |
| <input type="checkbox"/> Verrugas genitales o condiloma       | <input type="checkbox"/> Uretritis o epididimitis       |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea                             | <input type="checkbox"/> Varicocele                     |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de hernia                    | <input type="checkbox"/> Cirugía de varicocele          |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial                | <input type="checkbox"/> Vasectomía                     |
| <input type="checkbox"/> Lesión en los testículos             | <input type="checkbox"/> Reversión de vasectomía        |
| <input type="checkbox"/> Paperas con lesión en los testículos |   |



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 cafeína 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: \_\_\_\_\_
- ¿Usa ropa interior apretada?  Sí  No

### 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