GREEN VALLEY
FERTILITY PARTNERS

FICHA DE DATOS DE PACIENTE NUEVO

POR FAVOR COMPLETE LO MEJOR QUE PUEDA. NO ES NECESARIO TENER TODA LA INFORMACION ANTES DE HABLAR CON EL DOCTOR.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:
NOMBRE DE ESPOSO(A):	FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:
DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:	COD. POSTAL
PACIENTE E-MAIL	E-MAIL DEL SOCIO		
NUM. DE TELEFONO:	TELÉFONO		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
COMO FUE REFERIDO USTED AL GREEN VALLEY FERTILITY PARTNERS?			
¿ES USTED UN PACIENTE ANTERIOR DEL DR.FISCH			
¿FUE REFERIDO POR UN PACIENTE ANTERIOR DE DR.FISCH			
¿HA CONSULTADO UN ESPECIALISTA EN FERTILIDAD ANTES?			
¿TIENES UN OB/GYN?			
OB/GYN NÚMERO DE CONTACTO			

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO			
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO		**NOMBRE DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO**	
NOMBRE DEL DUENO DE LA POLIZA		NOMBRE DEL DUENO DE LA POLIZA	
NUMERO DE SEGURO		NUMERO DE SEGURO	
NUMERO DE GRUPO		NUMERO DE GRUPO	
NUMERO DE SERVICIO		NUMERO DE SERVICIO	

2950 W. Horizon Ridge Parkway, Henderson, NV 89052
(702) 722-BABY (2229) | Fax: (702) 778-7672
greenvalleyfertility.com

CUESTIONARIO CLÍNICO

I. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

¿Cuánto tiempo ha estado tratando de concebir?	Años
¿Alguna vez ha estado embarazada antes?	

FECHA DE NACIMIENTO	¿Pareja Actual?	¿Nacimiento vivo?	Modo de Entrega	Aborto espontáneo (M) Terminación (T) Ectópico (E)	# No. de sem.	¿Corazón fetal?	D&C	Sexo	Peso al Nacer	Complicaciones / Comentarios

II. HISTORIA GINECOLOGICA

¿Cuándo fue el primer día de su de su último período menstrual?		
Altura	Peso	BMI
Son sus periodos regulares (Entre 25 a 35 días)		
Si no es regular, ¿cuántos períodos tienen un año?		/12
¿Alguna vez ha tomado Provera por un período? Si la respuesta es sí, ¿se ganó en el período?		
¿Usted tiene acné o crecimiento de vello no deseado?		
¿Es usted, o ha sido un gran deportista experimentada, corredor o gimnasta?		
¿Alguna vez ha luchado con un trastorno del comer? (Anorexia/Bulimia)		
¿Experimenta dolor con su período? (Casos leves o moderados o graves)		
Si la respuesta es sí, es el dolor aliviado por medicamentos? (En el mostrado / receta médica)		
Si la respuesta es afirmativa, ¿dolor antes de la purga, duran más de 48 horas o interfieren con la actividad diaria?		
No se experimenta dolor en las relaciones sexuales? (Inserción/penetración profunda)		
¿Ha sido diagnosticado o tratado de la endometriosis?		
¿Ha sido diagnosticado o tratado de Fibroides Uterinos?		
¿Fecha de la última citología y examen de los senos?		
¿Alguna vez ha tenido un frotis de Papanicolaou anormal/ examen de mamas?		
Si la respuesta es sí, ¿qué seguimiento fue necesario?		
Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual? (Chlamydia/ Gonorrea/ Syphilis/ Herpes)		
Si la respuesta es sí, ¿tomo tratamiento?	Cuando?	
¿Alguna vez ha tenido enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)?		
¿Si es así lo trataron con antibióticos y / u hospitalizado?	¿Cuando?	

2510 Wigwam Parkway, Suite #201, Henderson, NV 89074
T: (702) 722-BABY (2229); F: (702) 778-7672
greenvalleyfertility.com

¿Qué experiencia de alta de los senos?		
Si la respuesta es afirmativa, ¿ha tenido una resonancia magnética?	¿Toma Parlodel?	¿Si la respuesta es sí, la dosis?

III. ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Si la repuesta es si, por favor indicar las alergias a continuación

ALERGIAS A MEDICAMENTOS	REACCIÓN ADVERSA QUE SE PRODUCE:

IV. LOS MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor lista todos los medicamentos que está tomando actualmente.

MEDICACIÓN	DOSIS/FRECUENCIA

V. HISTORIA QUIRURGICA

Por favor enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores.

PROCEDIMIENTO	FECHA	INDICACION	RESULTADO

VI. HISTORIA MEDICA

¿Es usted (P), Su cónyuge/ pareja (S) o su familia (F) tiene cualquiera de las siguientes condiciones médicas? (Si/ No)

CONDICION	OMS AFECTADOS			CUANDO SE DIAGNOSTICO	MEDICO TRATANTE	COMENTARIOS
	P	S	F			
Diabetes						
Hipertensión						
Enfermedad de la tiroides						
Trastornos de la coagulación de la sangre						
Afecciones inmunológicas						
Dolores de cabeza tipo migraña						
Enfermedades del corazón						
Asma						
Trastornos Gastrointestinales						
Enfermedad Renal						
Trastornos Urinarios						
Trastornos neurológicos						
Cancer						

2950 W. Horizon Ridge Parkway, Henderson, NV 89052
(702) 722-BABY (2229) | Fax: (702) 778-7672
greenvalleyfertility.com

Ortos						

VII. HISTORIA MASCULINA	
¿Ha causado ningún embarazo en el pasado?	
¿ Tienes hijos	
En caso afirmativo, el número de niños con pareja actual	
¿Has sido evaluado por un urólogo? En caso afirmativo, ¿Quién?	
Diagnostico	
¿Ha tenido un análisis de semen?	
Fecha	
volumen	
Contó (Millones/mL)	
Motilidad (%)	
Morfología (% Formas normales)	
¿Tiene alguna alergia a los medicamentos?	
¿Está tomando algún medicamento?	
¿Tiene problemas médicos y quirúrgicos?	
¿Ha tenido una vasectomía o reversión de la vasectomía?	
¿Ha tenido una reparación de la hernia, la ligadura de varicocele o biopsia testicular?	
¿Alguna vez ha usado esteroides anabólicos?	
¿Tiene problemas para conseguir una erección o la eyaculación?	

VIII. HISTORIA SOCIAL	**PACIENTE**	**SOCIO**
Ocupación		
El consumo de tabaco; en caso afirmativo, paquetes/ día		
El consumo de alcohol; en caso afirmativo, las bebidas/ semana		
Ejercicio; en caso afirmativo, horas. semana		

IX. DESCRIBIR BREVEMENTE SUS METAS Y CUESTIONES

2950 W. Horizon Ridge Parkway, Henderson, NV 89052
(702) 722-BABY (2229) | Fax: (702) 778-7672
greenvalleyfertility.com

X. EVALUACION DE FERTILIDAD ANTERIOR				
Socio	**Prueba**	**Fecha**	**Resultado**	**Comentarios**
Masculino	FSH			
	LH			
	TESTOSTERONE			
	TSH			
	PROLACTIN			
	ANTISPERM AB			
	SPERM DNA INTEGRITY			
	HIV AB			
	HEPATITIS B s Ag			
	HEPATITIS C AB			
	RPR (SYPHILIS)			
Femenino	FSH			
	AMH			
	ESTRADIOL			
	LH			
	TSH			
	PROLACTIN			
	PROGESTERONE			
	TESTOSTERONE			
	17OHP			
	DHEA-S			
	PELVIC US			
	HSG			
	SONOHYSTEROGRAM			
	BLOOD TYPE/RH			
	RUBELLA AB			
	VARICELA AB			
	HIV AB			
	HEPATITIS B s Ag			
	HEPATITIS C AB			
	RPR (SYPHILIS)			
	NK CELL ACTIVITY			

XI. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD ANTERIOR (NO LA FECUNDACIÓN IN VITRO)				
Tratamiento	**Fecha**	**Numero de Ciclos**	**Dosis**	**Comentarios**
Coito Programado				
El clomifeno (Oral)				
FSH (inyectable)				
La Inseminación (IIU)				

2950 W. Horizon Ridge Parkway, Henderson, NV 89052
(702) 722-BABY (2229) | Fax: (702) 778-7672
greenvalleyfertility.com

I. TRATAMIENTO FIV		
Procedimiento	**Numero**	**Fechas**
¿Cuantos FIV recuperaciones huevo ha tenido?		
¿Cuantos fresco transferencias de embriones ha tenido?		
¿Cuantas transferencias de embriones congelados ha tenido?		
¿Cuantos de terceros parenting (OD/GS) ciclos han tenido?		
¿Si han congelado los embriones en otro centro? (Si/No)		¿Donde?

II. CON RESPECTO A SU MAS RECIENTE NUEVO CICLO DE FIV Los registros médicos pueden proporcionar detalles que faltan. No todas las preguntas pueden ser aplicables a su caso.	
¿Cuando ocurrió el ciclo?	
¿Ha usado píldoras anticonceptivas orales antes del ciclo	
¿Utiliza Lupron?	
¿En caso afirmativo, empezó todo antes o después de su periodo?	
¿Utilizo antagonista de la GNRH (Ganarelix/ Cetrotide)?	
¿En caso afirmativo, Comenzo con una FSH o más tarde en el ciclo?	
FSH o HMG (Follistim con Gonal-f/ Menopur) ¿Dosis inicial?	
¿Uso de estrógeno de cebado?	
¿Hormona de crecimiento humana (Saizen/ Omnitrope)	
¿Cuántos días de estimulación que necesita?	
¿Cuántos folículos totales se contabilizaron en hCG día?	
¿Cuántos folículos maduros (>15 mm) se contabilizaron en hCG día?	
¿Cuál fue el estradiol (E2) nivel de hCG día?	
¿Cuál era su grosor endometrial de hCG día?	
¿La cantidad total se recuperaron los huevos?	
¿Cuántos óvulos maduros (MII) se recuperaron?	
¿Cuántos embriones fecundados normalmente (2PN)?	
¿ICSI se utilizan?	
¿Eclosión asistida se utiliza?	
¿Se diagnosticó genético preimplantacional (DGP) que se utiliza?	
Lo que lo es en la calidad de los embriones el día 3?	
Los embriones fueron transferidos el día 3 o el Día 5?	
¿Cuántos embriones fueron transferidos?	
¿Qué es la calidad de los embriones transferidos?	
¿Eran los embriones congelados?	
¿Experiencia hiperstimulacion síndrome ovárico (SST)?	
Si su respuesta es afirmativa, ¿es necesario tener drenaje? ¿Estaba hospitalizado?	
¿Era su prueba de embarazo positiva? ¿HCG nivel?	
Si la respuesta es sí ¿la HCG nivel aumentan de manera adecuada?	
¿Si la respuesta es sí, era un saco gestacional ve en una ecografía?	
¿No se utiliza la inmunoterapia? (Heparina/ Lovenox/ Intralipid/ IVIG)	

2950 W. Horizon Ridge Parkway, Henderson, NV 89052
(702) 722-BABY (2229) | Fax: (702) 778-7672
greenvalleyfertility.com