

## FORMULARIO DE REGISTRO INICIAL

<b>Motivo de la consulta:</b>	Salud femenina	Fertilidad
<b>Nombre y apellidos:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>DNI:</b>	
<b>Dirección Postal:</b>		<b>CP:</b>
<b>Población:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>País:</b>
<b>Email:</b>	<b>Profesión:</b>	

*Rellenar los datos del cónyuge cuando proceda:*

<b>Nombre y apellidos:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>DNI:</b>	
<b>Email:</b>	<b>Profesión:</b>	

En ocasiones, se precisa la realización de pruebas médicas que tienen que gestionar de forma privada los pacientes. **Si posee algún seguro médico, indique el nombre de la compañía:**

**Explica el motivo de la consulta:**


*A continuación, deberás completar el cuestionario médico de la manera más precisa y sincera posible, para poder hacer un diagnóstico adecuado. Te recuerdo que estos datos son confidenciales y serán protegidos*

## CUESTIONARIO MÉDICO

<b>HISTORIA MÉDICA:</b> (Por favor, revisa si tienes o has tenido alguna de estas patologías)				
Anemia	Artritis	Asma	Enfermedad autoinmune	
Cáncer	Ansiedad	Clamidia/Gonorrea	Colitis ulcerosa/E. Crohn	
Enfermedad cardíaca congénita	Depresión	Trombosis	Enfisema	
Epilepsia	Fibromialgia	Diabetes	Diabetes gestacional	
Virus del papiloma Humano	Infarto cardíaco	Soplo	Insuficiencia cardíaca	
Hepatitis	Reflujo/acidez de estómago	Herpes	Sida	
Hipertensión	Pre-eclampsia	Síndrome del colon irritable	Cistitis intersticial	
Nefropatía/Insuficiencia renal	Cálculos renales/uretrales	Migraña	Osteoporosis/Osteopenia	
Embolia pulmonar	Anemia de células falciformes	Hemofilia	Ictus	
Sífilis	Enf. Tiroideas	Tricomoniasis	Tuberculosis	
Neumotórax	Hemoptisis	Pancreatitis	Colecistitis	
Otros:				
<b>HISTORIA FAMILIAR:</b> Explica brevemente cualquier antecedente familiar médico significativo.				
<b>HÁBITOS DE CONSUMO</b>				
Alcohol	¿Que tipo de alcohol bebes?		¿Cantidad?	
Tabaco	¿Cuántos paquetes al día?	¿Por cuántos años?	¿Cuándo lo dejaste?	
Drogas	Tipo de drogas		Frecuencia	
Algo que añadir:				

INTERVENCIONES QUIRURGICAS GENERALES				
Mes / año	Procedimiento y hallazgos	¿Me supuso una mejora respecto a la situación anterior?	¿Tienes informe médico?	
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO

OPERACIONES QUIRÚRGICAS:				
	Resección de un ovario	Resección de ambos ovarios	Extracción de quiste ovárico	Extracción vesícula biliar
	Cesárea	Legrado	Intervención cardíaca	Hernia
	Histeroscopia	Cirugía mamaria	Apendicectomía	Cerclaje cervical
	Ligadura de trompas	Cirugía en las trompas	Salpingectomía	Amigdalectomía / Adenoidectomía
	Laparatomía	Laparoscopia	Histerectomía	Vulvectomía
	Otros:			
¿Alguna complicación con la anestesia? No Si (En caso afirmativo, indica cuál)				

REVISIÓN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS: Indica si tienes o has tenido algún <b>síntoma relevante</b> en las siguientes áreas y explica brevemente cuál.				
	Cabeza/cuello	Nariz	Garganta	Cambios en:
	Oídos	Pecho/ corazón	Espalda	Peso
	Pulmones	Estómago	Intestino	Descanso
	Piel	Circulación	Vegija	Nivel de energía
	Apetito:		Otros:	

**INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA** *Indique la medicación que toma actualmente:*

Nombre medicación	Dosis	Frecuencia	Motivo de la prescripción

**Indica si tomas otra medicación sin prescripción como vitaminas o suplementos**

Nombre medicación	Dosis	Frecuencia	Motivo de la prescripción

Alergias diagnosticadas	
Nombre del medicamento	Reacción que te produce
<b>Otras alergias no medicamentosas:</b>	

HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA			
Edad 1ª menstruación:	¿Tienes dolor pélvico?:	Duración del ciclo:	¿Ciclo regular?
¿Cómo es tu sangrado?	Ligero <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Abundante <input type="checkbox"/>
<i>En el caso que proceda:</i>			
Nº de embarazos:	Nº de hijos:	Nº partos vaginales:	Nº partos cesárea:
Si se hubiera producido algún aborto		Nº de abortos:	Algún aborto provocado:
Complicaciones durante el parto:	Fórceps	Hemorragia postparto	Otras:
¿Has utilizado algún sistema anticonceptivo?: Si No En caso afirmativo indica cual:			
¿Has sido sometida a algún proceso de estimulación ovular?: Si No En caso afirmativo, indica cual:			
¿Tienes síntomas previos a las menstruación tales como: irritabilidad, dolor, hinchazón, u otros?			
Fecha de la ultima revisión citológica:		Resultados:	
¿Has sido diagnosticada de alguna enfermedad de transmisión sexual o de enfermedad inflamación pélvica?			

**REGISTRO DE NACIMIENTOS:** Rellenar cuando proceda

Fecha	Semana de nacimiento	Vaginal o Cesárea	Peso	Tiempo en concebir	Complicación durante el embarazo	Otros (problemas al concebir,)

**PREGUNTAS SOBRE FERTILIDAD** *Rellenar cuando proceda*

¿Cuántos meses lleváis intentando concebir?

**INFORMACIÓN PREVIA RELATIVA A LA FERTILIDAD**

	Pruebas médicas	Mes /Año	Resultados y comentarios
	Ecografía del utero y ovarios		
	Ecografía folicular		
	Histerosalpingografía		
	Histeroscopia		
	Biopsia endometrial		
	Legrado		
	Analítica hormonal inicio del ciclo		
	Analítica de progesterona y estradiol final de ciclo.		
	Otros analíticas o pruebas		

**DIAGNÓSTICOS PREVIOS SOBRE FERTILIDAD** *Por favor, comprueba si tienes o has tenido alguno de los siguientes:*

<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>	Abortos de repetición	<input type="checkbox"/>	Endometriosis	<input type="checkbox"/>	Ovarios poliquísticos
<input type="checkbox"/>	Baja Progesterona	<input type="checkbox"/>	Bajos estrógenos	<input type="checkbox"/>	No ovulación o anormal	<input type="checkbox"/>	Folículo lutenizado no roto
<input type="checkbox"/>	Miomas en el útero	<input type="checkbox"/>	Adhesiones pélvicas o cicatrices	<input type="checkbox"/>	Endometriosis crónica	<input type="checkbox"/>	Moco cervical limitado
<input type="checkbox"/>	Pólipos en el útero	<input type="checkbox"/>	Trompas obstruidas	<input type="checkbox"/>	Infertilidad masculina	<input type="checkbox"/>	Adhesiones en el útero

Otros:

**CIRUGIAS GINECOLÓGICAS PREVIAS** *Por favor, comprueba si tienes o has tenido alguno de los siguientes:*

<input type="checkbox"/>	Tratamiento superficial para endometriosis. Año:	<input type="checkbox"/>	Cirugía de endometriosis. Año:
<input type="checkbox"/>	Cirugía en interior del útero. Año:	<input type="checkbox"/>	Reconstrucción de las trompas. Año:
<input type="checkbox"/>	Cirugía ovárica por ovarios poliquísticos. Año:	<input type="checkbox"/>	Resección de miomas uterinos. Año:

Otros:

