

CUESTIONARIO MÉDICO

PACIENTE:

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Apellidos:	País de residencia:
Nacionalidad:	Dirección:
Teléfono móvil:	Estado civil:
Correo electrónico:	Profesión:

PAREJA (si procede):

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Apellidos:	País de residencia:
Nacionalidad:	Dirección:
Teléfono móvil:	Estado civil:
Correo electrónico:	Profesión:

¿Cómo nos conoció?

Médico remitente:
Amigos:
Internet:
Redes sociales:
Otros:
Ginecólogo de referencia:

Por qué desea ponerse en contacto con nosotros:

Evaluación de la fertilidad
Tratamiento de la fertilidad (IO, IIU, FIV, DGPI)
Congelación de óvulos
Recepción de óvulos

¿Cuánto tiempo llevas intentando quedarte embarazada?
Periodo previsto para realizar el tratamiento:

ANAMNESIS DE LA PACIENTE:

Antecedentes del ciclo menstrual:

Primera regla:	Duración regla:
¿Ciclos regulares?	¿Reglas dolorosas?
Duración ciclo:	Fecha última regla:

Antecedentes obstétricos:

	Número total	¿Cuándo?	Observaciones
IVE			
Abortos			
Partos			
Niños			

Tratamientos de fertilidad previos (número total, ¿cuándo?, detalles):

IAC/IAD:
FIV:
Recepción de óvulos:
Otros:

Antecedentes médicos (¿cuándo?, detalles):

Enfermedades:
Cirugías:
Problemas ginecológicos:

Antecedentes familiares (qué familiar, qué enfermedad):

--

Medicamentos, alergias:

Alergias a medicamentos:
Medicación habitual (nombre/ dosis):

Tabaco (no/ si sí, ? cigarrillos/día):

--

Vapear (no/sí):

--

Alcohol (no/ si sí, ? unidades/día):

--

Drogas (no/sí):

--

Características físicas:

Peso:		Textura del pelo:	
Altura:		Grupo sanguíneo:	
Color de ojos:		Etnia:	
Color de piel:		Observaciones:	
Color de pelo:			

ANAMNESIS DE LA PAREJA (si procede):

Embarazos/nacimientos con la pareja actual (número total, ¿cuándo?, detalles):

Embarazos/nacimientos con pareja anterior (número total, ¿cuándo?, detalles):

Antecedentes médicos (¿cuándo?, detalles):

Enfermedades:

Cirugías:

Antecedentes familiares (qué familiar, qué enfermedad):

Medicamentos, alergias:

Alergias a medicamentos:

Medicación habitual (nombre/dosis):

Tabaco (no/ si sí, ? cigarrillos/día):

Vapear (no/sí):

Alcohol (no/ si sí, ? unidades/día):

Drogas (no/sí):

Características físicas:

Peso:		Textura del pelo:	
Altura:		Grupo sanguíneo:	
Color de ojos:		Etnia:	
Color de piel:		Observaciones:	
Color de pelo:			