



Marwan M. Shaykh, M.D., F.A.C.O.G.

Diplomado en la Junta Estadounidense de Obstetricia y Ginecología Certified	División certificada de endocrinología reproductiva e infertilidad	Miembro de la Sociedad de Cirujanos Reproductivos	Miembro de la Sociedad de Endocrinólogos Reproductivos	Miembro de la Sociedad de Tecnología de Reproducción Asistida
---	--	---	--	---

Estimado paciente potencial:

Agradecemos su interés en nuestros servicios de infertilidad. Se adjuntan los siguientes formularios: Formulario de historial de infertilidad, formulario de información del paciente y formulario de divulgación de registros médicos.

Complete el Formulario de historial de infertilidad y el Formulario de información del paciente y tráigalos a su cita de consulta. Esto acelerará el proceso de registro el día de su cita.

Además, le recomendamos que utilice el Formulario de autorización médica para solicitar una copia de sus registros médicos de todos los médicos de los que haya recibido tratamiento de infertilidad, ginecológico u obstétrico.

Incluya también los registros de evaluación y tratamiento masculinos.

Como paciente del Programa de Fertilidad Asistida del Norte de Florida, estaremos encantados de presentar sus reclamos de seguro si el transportista es uno con quien tenemos un contrato. Le recomendamos que comience su investigación sobre la cobertura de fertilidad ahora para asegurarse de que no habrá malentendidos sobre la cobertura una vez que comience el tratamiento.

Si no tiene seguro/cobertura de fertilidad, estaremos encantados de ofrecerle varias instituciones crediticias que ofrecen programas de financiación.

Si tiene alguna pregunta antes de su cita, no dude en llamar. Le pedimos que nos proporcione un aviso de al menos 48 horas si no puede asistir a su cita programada.

Habrá una tarifa de \$100.00 por "no presentarse" si su cita no se cancela al menos 24 horas antes de la hora programada.

Atentamente,

Programa de fertilidad asistida

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450,
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • FAX 904.399.3436 • www.assistedfertility.org

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a su Información de salud de identificación individual.

POR FAVOR REVISE DETENIDAMENTE.

A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individual identificable (IIHI). Al llevar a cabo nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. La ley nos exige mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su IIHI. Según la ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigor en ese momento.

Sabemos que estas leyes son complicadas, pero debemos brindarle la siguiente información importante:

- ▶ Cómo podemos usar y divulgar su IIHI
- ▶ Sus derechos de privacidad en su IIHI
- ▶ Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su IIHI que son creados o retenidos por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro.

Nuestra práctica publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento, y puede solicitar una copia de nuestro Aviso más actual en cualquier momento.

B. SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE ESTE AVISO, POR FAVOR CONTACTE A Lina Shaykh, Gerente de Oficina.

C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL IDENTIFICABLE (IIHI) DE LAS SIGUIENTES FORMAS

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su IIHI sin obtener su consentimiento:

1. Tratamiento. Nuestra práctica puede usar su IIHI para tratarlo. Por ejemplo, podemos pedirle que se haga análisis de laboratorio (como análisis de sangre u orina) y podemos utilizar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podríamos usar su IIHI para escribirle una receta, o podríamos divulgar su IIHI a una farmacia cuando le solicitemos una receta. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica, incluidos, entre otros, nuestros médicos y enfermeras, pueden usar o divulgar su IIHI para tratarlo o ayudar a otros en su tratamiento. Además, podemos divulgar su IIHI a otras personas que puedan ayudar en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres.

A efectos del tratamiento médico adecuado, esta práctica proporcionará el IIHI, incluido el historial médico y todos los resultados de análisis y laboratorio, de las pacientes embarazadas directamente al hospital de partos, al pediatra del bebé y a otros especialistas necesarios para el cuidado del bebé. El hospital, el pediatra y cualquier otro especialista necesario pueden hacer que el IIHI del paciente forme parte de su historial médico para el bebé del paciente. La transferencia de esta información ayudará al personal del hospital, al pediatra y a cualquier otro especialista necesario a cuidar y tratar adecuadamente al bebé recién nacido de un paciente.

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • **FAX 904.399.3436** • **www.assistedfertility.org**

2. Pago. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora de seguro médico para certificar que usted es elegible para los beneficios (y para qué rango de beneficios), y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora cubrirá o pagará por su tratamiento. También podemos usar y divulgar su IIHI para obtener pagos de terceros que pueden ser responsables de dichos costos, como miembros de la familia. Además, podemos usar su IIHI para facturarle directamente por servicios y artículos.

3. Operaciones de atención médica. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar su IIHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, o para llevar a cabo actividades de gestión de costos y planificación comercial para nuestra práctica.

4. Recordatorios de citas. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para contactarlo y recordarle una cita, ya sea por teléfono o por correo. Podemos llamar a su casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en su correo de voz o en persona para notificarle de una próxima cita, o como alternativa, podemos enviarle por correo una tarjeta de recordatorio de cita.

5. Opciones de tratamiento. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento.

6. Beneficios y servicios relacionados con la salud. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

7. Fotos de bebés. Nuestra práctica puede publicar en nuestra oficina fotografías enviadas por los pacientes.

8. Divulgaciones requeridas por ley. Nuestra práctica utilizará y divulgará su IIHI cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU IIHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los que podemos usar o divulgar su IIHI:

1. Riesgos para la salud pública. Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley para recopilar información con el propósito de:

- ▶ Mantener registros vitales, como nacimientos y muertes
- ▶ Reportar abuso o negligencia infantil
- ▶ Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- ▶ Notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad contagiosa
- ▶ Notificar a una persona sobre el riesgo potencial de propagar o contraer una enfermedad o afección
- ▶ Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos
- ▶ Notificar a las personas si se ha retirado del mercado un producto o dispositivo que puedan estar usando
- ▶ Notificar a las agencias y autoridades gubernamentales apropiadas con respecto al posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); sin embargo, solo divulgaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si la ley nos exige o nos autoriza a divulgar esta información
- ▶ Notificar a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica

2. Actividades de supervisión de la salud. Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, otorgamiento de licencias y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativos y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno controle los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • **FAX 904.399.3436** • **www.assistedfertility.org**

3. Demandas y procedimientos similares. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI en respuesta a una orden judicial o administrativa si está involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar su IIHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, una citación u otro proceso legal por parte de otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.

4. Aplicación de la ley. Podemos liberar a IIHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- ▶ Con respecto a la víctima de un delito en determinadas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
- ▶ Con respecto a una muerte que creemos que es el resultado de una conducta delictiva
- ▶ Con respecto a la conducta delictiva en nuestras oficinas
- ▶ En respuesta a una orden judicial, citación, o proceso legal similar
- ▶ Para identificar/localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida
- ▶ En caso de emergencia, para denunciar un delito (incluida la ubicación o la(s) víctima(s) del delito, o la descripción, identidad o ubicación del perpetrador

5. Pacientes fallecidos. Nuestra práctica puede entregar su IIHI a un médico forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen su trabajo.

6. Amenazas graves para la salud o la seguridad. Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. Bajo estas circunstancias, solo haremos divulgaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

7. Militar. Nuestra práctica puede divulgar su IIHI si usted es miembro de fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluidos veteranos) y si es requerido por las autoridades correspondientes.

8. Seguridad Nacional. Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su IIHI a funcionarios federales para proteger al presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros, o realizar investigaciones.

9. Reclusos. Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos fines sería necesaria: (a) para que la institución le brinde servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

10. Compensación para trabajadores. Nuestra práctica puede liberar su IIHI para compensación de trabajadores y programas similares.

E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU IIHI

Tiene los siguientes derechos en relación al IIHI que mantenemos sobre usted:

1. Comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nuestra práctica se comunique con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su casa, en lugar de en el trabajo. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe realizar una solicitud por escrito al consultorio especificando el método de contacto solicitado, o la ubicación donde desea ser contactado. Nuestra oficina se acomodará a las solicitudes razonables. No es necesario que explique el motivo de su solicitud.

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • **FAX 904.399.3436** • **www.assistedfertility.org**

2. Solicitud de restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de su IIHI a solo ciertas personas involucradas en nuestro cuidado o en el pago de su cuidado, como familiares y amigos. No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro acuerdo, excepto cuando la ley exija lo contrario, en emergencias o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI, debe presentar su solicitud por escrito a la práctica. Su solicitud debe describir de manera clara y concisa:

- ▶ La información que desea restringir;
- ▶ Si solicita limitar el uso, la divulgación o ambos de nuestra práctica; y
- ▶ A quién desea que se apliquen los límites.

3. Inspección y Copias. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia del IIHI que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito a la práctica para inspeccionar y/u obtener una copia de su IIHI. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede denegar su solicitud de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por nosotros realizará las revisiones.

4. Enmienda. Puede solicitarnos que modifiquemos su información médica si cree que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la información se mantenga en nuestro consultorio o para su uso. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a la práctica. Debe proporcionarnos una razón que respalde su solicitud de enmienda. Nuestra práctica denegará su solicitud si no la envía (y la razón que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que, en nuestra opinión, es: (a) precisa y completa; (b) no forma parte del IIHI guardado por o para la práctica; (c) no forma parte del IIHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para enmendar la información.

5. Contabilidad de divulgaciones. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Un "recuento de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho de su IIHI. No es necesario documentar el uso de su IIHI para tratamiento, pago, operaciones o divulgaciones autorizadas por usted. Por ejemplo, el médico comparte información con la enfermera; o el departamento de facturación que utiliza su información para presentar su reclamo de seguro. Para obtener un informe de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a la práctica. Todas las solicitudes de contabilidad de divulgaciones deben indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis (6) años a partir de la fecha de divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra práctica le notificará los costos involucrados con solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir en costos.

6. Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la práctica.

7. Derecho a presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, comuníquese con Lina Shaykh, Gerente de oficina. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados en este aviso o que no estén permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos brinde con respecto al uso y divulgación de su IIHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su IIHI por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar registros de su atención.

Nuevamente, si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de información médica, comuníquese con nuestra oficina.

HOJA DEL PACIENTE DEL PROGRAMA DE FERTILIDAD ASISTIDA

Nombre: _____	Fecha _____	
# Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	
Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Email _____	
Teléfono Celular _____	Teléfono de casa _____	
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado: _____	Código Postal _____
Empleador _____	Ocupación _____	
Teléfono del Empleador _____		
Médico de atención primaria _____	Teléfono _____	
Teléfono de farmacia _____	Referido por _____	

<input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Cónyuge _____	
# Seguro Social _____	Fecha de nacimiento _____
Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Email _____
Teléfono celular _____	Teléfono de casa _____
Empleador _____	Ocupación _____
Teléfono empleador _____	

Compañía de Seguro _____	
Titular de la póliza _____	Fecha de nacimiento _____
ID Miembro _____	Grupo # _____
Seguro secundario _____	
Titular de la póliza _____	Fecha de nacimiento _____
ID Miembro _____	Grupo # _____

Doy mi consentimiento para que el Dr. Shaykh use o divulgue mi información médica protegida con el fin de: obtener el pago de una reclamación, brindar tratamiento médico o realizar operaciones de atención médica. Entiendo que esta información debe actualizarse anualmente y es verdadera y correcta a mi conocimiento. También entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que afecte la calidad de la atención que brinda el Dr. Shaykh. Ademas, acepto ser completamente responsable de todas las deudas legales contraídas por mí por los servicios prestados por el Dr. Shaykh, ya sea que estén cubiertos por mi compañía de seguros o no.

FECHA DE LA FIRMA _____

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • FAX 904.399.3436 • www.assistedfertility.org

POLÍTICA DE LA OFICINA RELATIVA A ACUERDOS FINANCIEROS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de las políticas de nuestra oficina.

TODO EL PAGO SE ESPERA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

El pago vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que nuestro personal haya aprobado con anticipación arreglos de pago alternativos. Esto incluye coseguro y copagos aplicables para las compañías de seguros participantes. Esta política está de acuerdo con los requisitos legales para cobrar montos de responsabilidad del paciente. Aceptamos efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. Hay un cargo por servicio de \$25 por cheques devueltos.

Los pacientes con un saldo pendiente de más de 30 días de atraso deben hacer arreglos para el pago antes de programar las citas. A menos que se cancele con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por las citas perdidas a razón de \$100.00. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio cumpliendo con las citas programadas.

SEGURO

Como cortesía para nuestros pacientes, nuestra oficina hace todos los esfuerzos razonables para obtener el pago de acuerdo con su cobertura. Aceptaremos cesiones para aquellas empresas con las que estemos contratados. Sin embargo, comprenda que, como proveedor médico, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.

Independientemente de la cobertura de su seguro, usted es el responsable final de los cargos incurridos.

Si tiene alguna pregunta y necesita ayuda con respecto a la información anterior, no dude en preguntar a nuestro personal de oficina. Estamos aquí para ayudarte.

AUTORIZACIÓN

Acepto cumplir con los términos de la política financiera anterior y acepto la responsabilidad por cualquier saldo que no cubra mi compañía de seguros. Autorizo a mi compañía de seguros, abogado u otras partes a pagar directamente al Dr. Marwan M. Shaykh, MD y/o proporcionar cualquier información sobre el pago de mi factura. Si mi cuenta se vuelve morosa, acepto pagar todos los costos incurridos para cobrar la cuenta, incluidos los honorarios de los abogados.

Entiendo que no todos los servicios están cubiertos por mi compañía de seguros y que es mi responsabilidad obtener información sobre los beneficios de los servicios que recibo.

Firma del paciente _____

Fecha _____

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • FAX 904.399.3436 • www.assistedfertility.org

CONSENTIMIENTO PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica protegida por el **Dr. Marwan Shaykh** con el fin de diagnosticarme y brindarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica por parte del **Dr. Shaykh**. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento que me dé el Dr. Shaykh puede estar condicionado a mi consentimiento, como lo demuestra mi firma en este documento.

Mi "Información de salud protegida" significa cualquier información, incluida mi información demográfica, creada o recibida por el **Dr. Shaykh**, que se relacione con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura; la provisión de atención médica para mí; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios de salud a mí; y que me identifique o que exista una base razonable para creer que la información se puede utilizar para identificarme.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica del **Dr. Shaykh**. Si el **Dr. Shaykh** acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del **Dr. Shaykh** antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe mis derechos y los deberes del **Dr. Shaykh** con respecto a los tipos de usos y divulgaciones de mi Información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica del **Dr. Shaykh**. El Aviso de Prácticas de Privacidad para el **Dr. Shaykh** también se publica en el vestíbulo de la oficina.

Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Dr. Shaykh haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Firma del paciente o representante legal _____

Nombre impreso del paciente o representante legal _____

Fecha _____



Marwan M. Shaykh, M.D., F.A.C.O.G.

Diplomado en la
Junta Estadounidense
de Obstetricia y
Ginecología Certified

División certificada
de endocrinología
reproductiva e
infertilidad

Miembro de la
Sociedad de
Cirujanos
Reproductivos

Miembro de la
Sociedad de
Endocrinólogos
Reproductivos

Miembro de la
Sociedad de
Tecnología de
Reproducción Asistida

APÉNDICE DEL HISTORIAL DEL PACIENTE

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera a mi mejor saber y entender. Acepto notificar al médico sobre cualquier desarrollo pertinente a mi atención. Entiendo que un historial médico preciso es vital para un tratamiento eficaz.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765





Marwan M. Shaykh, M.D., F.A.C.O.G.

Diplomado en la
Junta Estadounidense
de Obstetricia y
GinecologíaCertified

División certificada
de endocrinología
reproductiva e
infertilidad

Miembro de la
Sociedad de
Cirujanos
Reproductivos

Miembro de la
Sociedad de
Endocrinólogos
Reproductivos

Miembro de la
Sociedad de
Tecnología de
Reproducción Asistida

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR ESCRITO

Yo, _____ he leído una copia del Aviso de Prácticas de
Privacidad del **Dr. Marwan Shaykh**.

Firma del paciente _____

Fecha _____

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765



RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR ESCRITO



IMPORTANTE

Por favor complete este formulario y **tráigalo a su visita programada**.

Este formulario lo desarrolló la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva para ayudar a los médicos y pacientes a tener un historial completo de infertilidad. Consta de 3 partes:

- Parte I: información de contacto
- Parte II: su historial médico
- Parte III: el historial médico de su cónyuge/pareja masculina (si corresponde)

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ Ocupación _____

Dirección de casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ País _____

Indique a cuál número llamarle o dejarle un mensaje

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Celular _____

¿Está casado? Sí No Divorciado Otro _____

Cónyuge/pareja masculina _____ N/A

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ Ocupación _____

Dirección de casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ País _____

Indique a cuál número llamarle o dejarle un mensaje.

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Celular _____

¿QUIÉN LE REFIRIÓ?

- Médico, Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____
- Expaciente /amigo _____
- Página web _____
- Seguro (Nombre del Seguro) _____

Notas del médico (solo para uso en el consultorio)

¿QUIÉN ES SU GINECÓLOGO / OBSTETRA?

Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____

¿QUIÉN ES SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____

PARTE II: HISTORIA E INFORMACIÓN FEMENINA

Razón de la visita Evaluación de infertilidad Inseminación de esperma Otro _____

¿Cuáles son sus expectativas para esta visita? _____

¿Qué preguntas desea que se respondan en esta visita? _____

¿Tiene alguna **objeción personal, ética o religiosa** a alguna de nuestras pruebas o tratamientos, como inseminación, fertilización in vitro, donación de óvulos, donación de esperma, masturbación para recolectar una muestra de semen, etc.? No Sí _____

¿Cuántos meses ha tenido relaciones sexuales sin usar ningún método anticonceptivo? _____

Resumen de embarazo

- > Número total de TODOS los embarazos _____
- > Número de abortos (menos de 20 semanas): _____
- > Número de partos a término completo: _____ De estos, ¿cuántos nacieron vivos? _____ ¿Cuántos nacieron muertos? _____
- > ¿Algún embarazo con defectos de nacimiento? No Sí Explique _____

Fecha de nacimiento o finalización del embarazo	Meses hasta la concepción	Tratamientos para concebir	Tipo de parto/D & C/ Complicaciones	¿Pareja actual?
1. _____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
2. _____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
3. _____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
4. _____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
5. _____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
6. _____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

HISTORIAL MENSTRUAL

Patrón del ciclo menstrual (marque todo lo que corresponda):
 Períodos regulares Manchados antes del período
 Períodos irregulares Sin Períodos Períodos abundantes
 Períodos ligeros Sangrado entre períodos

> Número de días entre el inicio de un período y el inicio del siguiente período: _____ días

> ¿Cuántos días de sangrado tienes? _____ días

> Fechas del primer día de sus 2 últimos períodos menstruales:
_____ ; _____

> Edad cuando tuvo su primer período: _____ años

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

Condones - fecha de uso _____ Diafragma - fecha de uso _____ DIU - fecha de uso _____
 Píldoras anticonceptivas - fecha de uso _____ -complicaciones? _____ Nunca usé pastillas anticonceptivas
 Anticoncepción inyectable (Depo-Provera®, Lunelle™, etc.) - fecha de uso _____ - complicaciones? _____
 Parche cutáneo - fecha de uso _____ -complicaciones? _____ Espuma o gelatina
 Procedimiento de esterilización de trompas (ligadura de trompas) - fecha (mes/año) _____ Trompas desatadas - fecha (mes/año) _____

> ¿Su madre tomó DES cuando estaba embarazada de usted? Sí No No lo sé

HISTORIA SEXUAL

> ¿Cuántas veces tienes relaciones sexuales a la semana?

Veces por semana Ninguna No aplica

> ¿Ha usado kits de ovulación de venta libre a tiempo

> ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual o infecciones pélvicas? Sí (marque la que aplique) No
 Clamidia - fecha _____ Gonorrea - fecha _____ Herpes - fecha _____ Verrugas genitales / VPH - fecha _____
 Sífilis - fecha _____ VIH / SIDA - fecha _____ Hepatitis - fecha _____ Otro - fecha _____

> Edad cuando notó por primera vez: Desarrollo de los senos:
_____ años; vello público _____ años;
vellos en las axilas _____ años

> ¿Cuántos períodos tiene al año? _____

> ¿Necesita medicación para que le llegue el período? Sí -
¿Qué tipo? _____ No

> Si no tiene períodos, ¿a qué edad dejó de tenerlos?
_____ años

> ¿Tiene cólicos severos o dolor pélvico con sus períodos?

No Sí:
 Siempre A veces Recientemente En el pasado

> ¿Tiene dolor durante las relaciones sexuales? Sí No

> ¿Utiliza lubricantes (K-Y Jelly®, etc.) durante las relaciones sexuales?
 Sí, ¿qué tipo? _____ No

HISTORIAL DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU

- > ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou (mes y año)? _____ Normal Anormal
> ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou anormal? _____ N/A
> ¿Se ha sometido a algún procedimiento como resultado de una prueba de Papanicolaou anormal? (marque todo lo que corresponda)
 Sí No Colposcopia Criocirugía (congelación) Tratamiento láser Conización Procedimiento LEEP

HISTORIAL DE EXAMEN DE MAMAS

- > ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? No Sí – fecha _____ Resultado: Normal Anormal – explique _____
> ¿Se Realiza autoexámenes de mamas? Sí No

HISTORIAL MÉDICO

- > ¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí (Por favor enumere y describa las reacciones)

- > ¿Es alérgico a algún alimento (cacahuetes, huevos, etc.)? No Sí (Por favor enumere y describa las reacciones)

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los de venta libre:

- > ¿Toma medicamentos a base de hierbas /vitaminas o suplementos de tiendas naturistas? No Sí (Por favor enumere)

- > ¿Tiene algún problema médico? No Sí (indique el tipo, las fechas y los tratamientos)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- > ¿Tuvo alguna de estas enfermedades infantiles? Varicela Rubéola No lo sé

Otras enfermedades infantiles: _____

VACUNACIONES

- > Varicela: No Sí (fechas _____) No lo sé
> MMR (Sarampión, paperas, rubéola): No Sí (fechas _____) No lo sé
> BCG (tuberculosis): No Sí (fechas _____) No lo sé
> Hepatitis B: No Sí (fechas _____) No lo sé
> Polio: No Sí (fechas _____) No lo sé
> Hepatitis A: No Sí (fechas _____) No lo sé
> Tétano: No Sí (fechas _____) No lo sé
> Influenza: No Sí (fechas _____) No lo sé

HISTORIAL SOCIAL

- > ¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, gaseosas) bebe todos los días? Ninguna
> ¿Fuma cigarrillos? No Sí (¿cuántos por día?) ¿Cuántos años? Lo dejó – cuándo?
> ¿Bebe alcohol? No Sí Cerveza - # por semana Vino - # por semana Licor - # por semana
> ¿Consume marihuana, cocaína o alguna otra droga similar? No Sí (describa _____)
> ¿Hace ejercicios? No Sí (describa _____)
> ¿Tiene conciencia de alguna exposición a radiación diferente a rayos X? No Sí (describa _____)

NOTAS DEL MÉDICO (SOLO PARA USO EN LA OFICINA)

HISTORIAL QUIRÚRGICO

> ¿Ha tenido alguna cirugía? No Sí (enumere todas las cirugías en orden cronológico)

Año Razón y tipo de cirugía

> ¿Tuvo algún problema con la anestesia? No Sí (describa _____)

SÍNTOMAS FÍSICOS

General

- Aumento o pérdida de peso reciente
 Anorexia / Bulimia Mareo
 Falta de energía
 Fiebre / escalofríos
 Otro _____
 Ninguno

Endocrino/Hormonal:

- Diabetes Pérdida de cabello
 Problemas de la glándula tiroides
 Aumento o pérdida de peso rápido
 Hambre / sed excesiva
 Intolerancia a la temperatura-
sofocos o sensación de frío
 Otro _____
 Ninguno

Gastrointestinal:

- Náuseas/Vómitos Úlceras
 Hepatitis Diarrea
 Sangre en las heces Estreñimiento
 Síndrome del intestino irritable
 Cambio en los hábitos intestinales
 Colitis (ulcerosa o de Crohn)
 Otro _____
 Ninguno

Musculoesquelético:

- Debilidad muscular inusual
 Disminución de energía / resistencia
 Artritis Reumatoide
 Lupus eritematoso
 Miastenia gravis

 Otro _____
 Ninguno

Problemas de salud mental: Ninguno

- Depresión Trastorno de ansiedad
 Esquizofrenia
 Otro _____
 Ninguno

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta

- Mareo Pérdida del sentido del olfato
 Dolores de cabeza Congestión nasal crónica
 Visión borrosa Zumbido en los oídos
 Hipoacusia / sordera
 Otro _____
 Ninguno

Respiratorio:

- Dificultad para respirar
 Bronquitis asmática Bronquitis
 Neumonía Tuberculosis
 Tos con sangre
 Otro _____
 Ninguno

Mamas:

- Secreción (¿clara? ¿Ensangrentada? ¿Léchosa?)
 Bultos Dolor Cáncer
 Mamografía anormal
 Mamoplastia de reducción
 Aumento / implantes mamarios
(¿solución salina? _____ ¿silicona? _____)
 Otro _____
 Ninguno

Problemas neurológicos:

- Debilidad/pérdida de equilibrio
 Convulsiones / Epilepsia
 Dolores de cabeza
 Migrañas
 Entumecimiento
 Pérdida de memoria
 Otro _____
 Ninguno

Genitourinario:

- Infecciones de la vejiga
 Infecciones renales
 Infecciones vaginales
 Micción frecuente Incontinencia urinaria
 Sangre en la orina
 Herpes
 Otro _____
 Ninguno

Piel / Extremidades:

- Erupción/inflamación inexplicable
 Acné
 Cáncer de piel
 Quemaduras
 Lunares cambiando de apariencia
 Crecimiento excesivo del cabello
 Otro _____
 Ninguno

Hematológico:

- Trastorno de la coagulación sanguínea/coágulo sanguíneo
 Anemia de células falciformes tromboflebitis
 Moretones con facilidad
 Ganglios / ganglios linfáticos inflamados
 Transfusiones de sangre _____

Cardiovascular:

- Palpitaciones/latidos omitidos
 Dolor de pecho Ataque al corazón
 ACV Soplos
 Alta presión sanguínea
 Fiebre reumática
 Prolapso de la válvula mitral (¿necesita antibióticos
antes de los procedimientos dentales?) S N
 Otro _____
 Ninguno

NOTAS DEL MÉDICO (SOLO PARA USO EN LA OFICINA)

HISTORIAL FAMILIAR

- > Madre
- > Padre
- > Hermano (s)
- > Hermana (s)
- > Abuela Materna
- > Abuelo Materno
- > Abuela Paterna
- > Abuelo Paterno

Viven		Causa de muerte / Edad de muerte
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Sí – edad _____	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		

TRASTORNOS EN SU FAMILIA

- > Cáncer de seno
- > Cáncer de ovario
- > Cáncer de colon
- > Otro Cáncer
- > Diabetes
- > Problemas de Tiroides
- > Cardiopatía
- > Coágulos de sangre
- > Obesidad
- > **Psychiatric problems**
- > Tuberculosis
- > Endometriosis
- > Infertilidad
- > Menopausia antes de 40
- > Defectos de nacimiento
- > Fibrosis quística
- > Enfermedad de Tay-Sachs
- > Enfermedad de Canavan
- > Síndrome de Bloom
- > Enfermedad de Gaucher
- > Enfermedad de Niemann-Pick
- > Anemia de Fanconi
- > Disautonía familiar
- > Distrofia muscular
- > Neurológica (cerebro/columna)
- > Defectos del tubo neural
- > Defectos óseos / esqueléticos
- > Enanismo
- > Retraso en el desarrollo
- > Problemas de aprendizaje
- > Riñones poliquísticos
- > Defecto cardíaco de nacimiento
- > Síndrome de Down
- > Otros defectos cromosómicos
- > Síndrome de Marfan
- > Hemofilia
- > Anemia de células falciformes
- > Talasemia
- > Galactosemia
- > Sordera / Ceguera
- > Daltonismo
- > Hemocromatosis
- Ninguna de las anteriores

Relación contigo		
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores)

¿Cuál es su ascendencia?

- Afroamericano
 - Indio americano / nativo americano
 - Judío Asquenazí
 - Asiático americano
 - Cajún / Franco Canadiense
 - Caucásico
 - De Europa del Este
 - Hispano / caribeño
 - Europa del Norte
 - Del sur de Europa
 - Otro (especificar _____)
- ## ¿Le gustaría ser examinada por?:
- Fibrosis quística: Sí No
 - Anemia de células falciformes: Sí No
 - Enfermedad de Tay-Sachs: Sí No
 - Talasemia: Sí No

PRUEBAS Y TRATAMIENTO PREVIOS DE INFERTILIDAD

- > ¿Se ha sometido a pruebas o tratamientos de infertilidad en otro lugar? Sí No

Pruebas previas marque todas las que correspondan): tabla de temperatura corporal basal (fecha _____ resultados _____)

- Prueba de Tiroides (fecha _____ /resultados _____) Kit de prueba de ovulación (fecha _____ ./resultados _____)
- Día 3 Análisis de sangre del nivel de FSH (fecha _____ /resultados _____) Histerosalpingograma (HSG) (fecha _____ /resultados _____)
- Cirugía de laparoscopia (fecha _____ /resultados _____) Cirugía de histeroscopia (fecha _____ /resultados _____)
- Análisis de sangre de progesterona (fecha _____ /resultados _____) Análisis de sangre de prolactina (fecha _____ /resultados _____)

Tratamiento Previo (marque todo lo que corresponda)	# de ciclos	Fechas (mes / año) (mes / año)	Resultado
<input type="checkbox"/> Inseminación intrauterina:	_____	desde _____ hasta _____	<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
<input type="checkbox"/> Inseminación intrauterina:	_____	desde _____ hasta _____	<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada

Tratamiento Previo (marque todo lo que corresponda)	# de ciclos	Fechas (mes / año) (mes / año)		Resultado
		De	Hasta	
<input type="checkbox"/> Inseminación intrauterina:				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
<input type="checkbox"/> Citrato de clomifeno con coito programado: ¿Número máximo de tabletas por día?				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
<input type="checkbox"/> Citrato de clomifeno con inseminación: ¿Número máximo de tabletas por día?				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
<input type="checkbox"/> Inyecciones diarias de medicamentos para la fertilidad con inseminación: ¿Número máximo de viales por día?				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
<input type="checkbox"/> Ciclo(s) de fertilización in vitro completados:				
1. #huevos _____ #embriones transferidos _____ #congelados _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
2. #huevos _____ #embriones transferidos _____ #congelados _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
3. #huevos _____ #embriones transferidos _____ #congelados _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
4. #huevos _____ #embriones transferidos _____ #congelados _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
<input type="checkbox"/> Transferencias de embriones congelados:				
1. #embriones transferidos _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
2. # embriones transferidos _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
3. # embriones transferidos _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
4. # embriones transferidos _____				<input type="checkbox"/> embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ectópico <input type="checkbox"/> aborto espontáneo <input type="checkbox"/> No embarazada
Intento(s) de fertilización in vitro cancelados:				
Cualquier otro tratamiento previo (describir)				

- > Información adicional /complicaciones

ESTADO EMOCIONAL

- > En una escala del 1 al 10 (siendo 10 el peor), calcule el nivel de estrés que siente debido a la infertilidad y otras presiones. _____
- > ¿Ve a un consejero? No Sí – ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- > Enumere todos los medicamentos antidepresivos / ansiolíticos que esté tomando actualmente. _____
- > Describa cualquier problema emocional, matrimonial o sexual causado por su infertilidad

FIRMA DEL PACIENTE _____ Fecha _____

Confirmo que he revisado la información anterior.

FIRMA DEL MÉDICO _____ Fecha _____

COMPLETE CON SU PAREJA MASCULINA, SI ES APLICABLE.

- > ¿Ha sido evaluado por un urólogo? Sí No
- > ¿Ha concebido anteriormente con otra mujer? Sí ¿cuántas veces? _____ No: ¿Se usó un método anticonceptivo? Sí No
- > ¿Ha tenido un análisis de semen? Sí No
- > ¿Tiene dificultad con las erecciones? Sí No
- > ¿Tiene eyaculación retrógrada de esperma en la vejiga? Sí No
- > ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual o infecciones pélvicas?
- Sí (marque todo lo que corresponda) No
- Clamidia-Fecha _____ Gonorrea-Fecha _____ Herpes-Fecha _____ Verrugas genitales/VPH-Fecha _____
- Sífilis-Fecha _____ VIH/SIDA-Fecha _____ Hepatitis-Fecha _____ Otro _____
- > ¿Ha tenido antecedentes de testículos no descendidos? Sí Un lado Ambos No
- > ¿Tiene dolor escrotal o testicular? Sí No
- > ¿Tuvo paperas después de la pubertad? Sí No
- > ¿Ha tenido anteriormente una lesión en los testículos que requiera hospitalización? Sí No
- > ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?
- Diabetes Mellitus Sí No Cáncer Sí No
- Esclerosis múltiple Sí No Otros problemas neurológicos Sí No
- Infecciones prostáticas Sí No Infecciones urinarias Sí No
- Presión arterial alta Sí No En caso afirmativo, ¿algún medicamento? _____
- > ¿Ha tenido fiebre en los últimos 3 meses? Sí No
- > ¿Ha tenido una vasectomía? Sí (fecha _____) No
- > Si es así, ¿ha tenido una reversión de la vasectomía? Sí (fecha _____) No
- > ¿Ha tenido una cirugía para la reparación del varicocele? Sí No
- > ¿Ha tenido una cirugía de hernia? Sí No
- > ¿Se sometió a alguna cirugía de vejiga o pene cuando era niño? Sí No
- > ¿Está expuesto a un calor prolongado en el lugar de trabajo? Sí No
- > ¿Está expuesto a radiación o sustancias químicas nocivas en el lugar de trabajo? Sí No
- > ¿Ha recibido quimioterapia para el cáncer? Sí No
- > ¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No (enumere y describa las reacciones) _____

Enumere sus medicamentos actuales: _____

Enumere cualquier problema médico actual _____

- > ¿Cuántas bebidas con cafeína toma al día? Ninguno
- > ¿Fumas cigarrillos? No Sí ¿Cuántos / día? _____ ¿Cuántos años? _____ Lo dejó, ¿cuándo? _____
- > ¿Bebes alcohol? No Sí # cerveza por semana _____ # vino por semana _____ # licor por semana _____
- > ¿Usa marihuana, cocaína o alguna otra droga similar? No Sí (describa _____)
- > ¿Usa medicinas a base de hierbas/vitaminas o suplementos de tiendas naturales? No Sí (describa _____)
- > ¿Está consciente de alguna exposición a radiación/materiales tóxicos? No Sí
- > ¿Utiliza bañeras de hidromasaje con regularidad? No Sí
- > ¿Su madre tomó DES durante el embarazo para prevenir un aborto espontáneo? No Sí No lo sé
- > ¿Alguno de sus familiares directos ha tenido dificultades para concebir un hijo? No Sí

En caso afirmativo, describa _____

NOTAS DEL MÉDICO (SOLO PARA USO EN LA OFICINA)

TRASTORNOS EN SU FAMILIA

- Fibrosis quística
 - Enfermedad de Tay-Sachs
 - Enfermedad de Canavan
 - Síndrome de Bloom
 - Enfermedad de Gaucher
 - Enfermedad de Niemann-Pick
 - Anemia de Fanconi
 - Disautonía familiar
 - Distrofia muscular
 - Neurológico (cerebro/columna)
 - Defectos del tubo neural
 - Defectos óseos/esqueléticos
 - Enanismo
 - Retraso en el desarrollo
 - Problemas de aprendizaje
 - Riñones poliquísticos
 - Defecto cardíaco de nacimiento
 - Síndrome de Down
 - Otros defectos cromosómicos
 - síndrome de Marfan
 - Hemofilia
 - Anemia falciforme
 - Talasemia
 - Galactosemia
 - Sordera/ceguera
 - Daltonismo
 - Hemocromatosis
 - Ninguna de las anteriores

Relación contigo

> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Enfermedad de Tay-Sachs	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Enfermedad de Canavan	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Síndrome de Bloom	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Enfermedad de Gaucher	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Enfermedad de Niemann-Pick	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Anemia de Fanconi	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Disautonomía familiar	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Neurológico (cerebro/columna)	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Defectos del tubo neural	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Defectos óseos/esqueléticos	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Enanismo	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Riñones poliquísticos	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Defecto cardíaco de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Otros defectos cromosómicos	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Talasemia	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Galactosemia	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Sordera/ceguera	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Daltonismo	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
> Hemocromatosis	<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> No se _____
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		

¿Cuál es su ascendencia?

- Afroamericano
 - Indio americano / nativo americano
 - Judío Asquenazí
 - Asiático americano
 - Cajún / Franco Canadiense
 - Caucásico
 - De Europa del Este
 - Hispano / caribeño
 - Europa del Norte
 - Del sur de Europa
 - Otro (especifica _____)

¿Le gustaría ser examinado por?:

 - Fibrosis quística: Sí No
 - Anemia de células falciformes: Sí No
 - Enfermedad de Tay-Sachs: Sí No
 - Talasemia: Sí No

Firma del paciente _____ Fecha _____

Confirmo que he revisado la información anterior.

Firma del médico _____ Fecha _____

NOTAS DEL MÉDICO (SOLO PARA USO EN OFICINAS)

HISTORIA DEL PACIENTE MASCULINO

I. IDENTIFYING INFORMATION

Nombre _____ Nombre de la pareja _____ Fecha _____

Dirección _____

Número de teléfono – Día _____ En la noche: _____

Fec. Nac. _____ Fec. Nac. de la pareja _____ Duración de la relación _____ Duración de la infertilidad _____

Compañía de seguros _____ #ID del Seguro _____

II. VIAJE/TRABAJO Y ANTECEDENTES GENERALES

Todos los empleos actuales: título(s), ubicación, breve descripción, número de años empleados:

¿Está usted expuesto o alguna vez lo ha estado a alguno de los siguientes factores durante el empleo o el servicio militar?:

- Calor Humos tóxicos Otro (especificar): _____
- Productos químicos Radiación nuclear _____

III. HISTORIAL MÉDICO SI O NO

Sí No

Peso _____ Altura _____ Tipo de sangre (si se conoce) _____

¿Ha perdido más de 20 libras de peso en el último año?

¿Sigue una dieta alimentaria en particular o tiene hábitos dietéticos especiales?

En caso afirmativo, especifique: _____

Enumere las formas y la frecuencia del ejercicio vigoroso regular (natación, ciclismo, carrera) y la edad a la que comenzó:

Ejercicio: _____ Horas/Semana _____ Edad _____ Ejercicio: _____ Horas/Semana _____ Edad _____

¿Toma saunas o baños de vapor con frecuencia?

¿Alguna vez se sometió a una cirugía en el área pélvica?

En caso afirmativo, especifique la fecha y el tipo de cirugía: _____

¿Tiene o ha tenido? (marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Infección parasitaria |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Prostatitis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Secreción lechosa de la mama | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mamas | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los senos | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> ¿Cáncer? Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Infección renal | <input type="checkbox"/> Infección de testículos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Lesión en testículos | <input type="checkbox"/> Clamidia |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio | <input type="checkbox"/> Tumor de testículos | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos |
| <input type="checkbox"/> Sarampión: Regular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Uretritis no gonocócica | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Alteraciones visuales |
| <input type="checkbox"/> Paperas con testículos involucrados | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> ¿Alguna alergia? Nombre _____ | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Mareo |

	Sí	No
¿Alguna vez ha sido tratado por cáncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si es así, explique la terapia:		
En el último año, ¿ha tomado algún medicamento recetado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo, enumere todas las recetas y los problemas por los que los estaba tomando:		
¿Está tomando algún medicamento de venta libre con regularidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos y diagnósticos:		
¿Ha tenido fiebre alta (más de 102 °F) durante los últimos 3-4 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa o ha usado alguna vez (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Alcohol - ¿Cuántos vasos a la semana bebes habitualmente? Vino _____ Cerveza _____ Cócteles _____		
<input type="checkbox"/> Cigarrillos - número de paquetes por día _____		
<input type="checkbox"/> Drogas ilícitas o recreativas (marihuana, cocaína, etc.) Si se siente más cómodo sin escribir nada, por favor discuta esto directamente con su médico. Especifique:		

	Sí	No
IV. HISTORIA SEXUAL SI O NO		
¿Está circuncidado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando era niño, ¿ambos testículos descendían al escroto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿A qué edad empezó a afeitarse con regularidad o empezó a dejarse la barba?		
¿Cuántas veces ha estado casado?		
¿Alguna vez ha tenido un hijo con otra pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si es sí, ¿cuánto tiempo se tardó en tener un hijo? ¿Cuándo fue? (fechas)?		
¿Alguna vez ha intentado tener un hijo con otra pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene problemas para conseguir una erección?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Manteniendo una erección?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene problemas con las eyaculaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo, <input type="checkbox"/> Eyaculaciones precoces <input type="checkbox"/> Eyaculaciones retrógradas		
¿Siente que algo de su eyaculación se deposita en la vagina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez ha tenido orgasmos sin eyaculación durante la masturbación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene alguna secreción del pene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces a la semana tienen usted y su pareja relaciones sexuales ahora?		
¿Cuántas veces tienes relaciones sexuales alrededor de la ovulación?		
¿Ha notado un cambio en su deseo sexual recientemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sí	No
V. HISTORIA FAMILIAR SI Y NO		
¿Hay antecedentes familiares de infertilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sí es sí, quién (enumere todos los miembros y su relación con usted):		
¿Hay antecedentes de trastornos hormonales en su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo, indique quién (relación con usted) y de qué tipo:		

VI. HISTORIA DE LA TERAPIA DE FERTILIDAD

Sí No

¿Ha recibido tratamiento por infertilidad antes?

En caso afirmativo, ¿quién fue su médico?

¿Qué causa de infertilidad se diagnosticó?

¿Qué medicamentos ha tomado para la infertilidad? Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> citrato de clomifeno (Serophene®, Clomid®) | <input type="checkbox"/> hCG |
| <input type="checkbox"/> hMG | <input type="checkbox"/> fluoximesterona (Halotestin®) |
| <input type="checkbox"/> tamoxifeno | <input type="checkbox"/> GnRH o LHRH (Factrel®) |
| <input type="checkbox"/> testolactona | <input type="checkbox"/> FSH |
| <input type="checkbox"/> bromocriptina (Parlodel®) | <input type="checkbox"/> Otro especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> testosterona u hormona masculina | <input type="checkbox"/> Ninguno |

¿Alguna vez se ha sometido a una reparación de varicocele?

¿Si es sí, cuándo?

¿Alguna vez se sometió a una reparación de reversión de la vasectomía?

¿Si es sí, cuándo?

¿Ha probado usted y su pareja alguna vez la inseminación artificial?

En caso afirmativo: usando su esperma? esperma de donante?

¿Han probado usted y su pareja la fertilización in vitro?

Si es así, cuando y explique

¿Cuál de las siguientes pruebas le han realizado? Marque todo lo que corresponda y los resultados, si se conocen:

- | | | |
|---|----------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Análisis de semen | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de clamidia | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de micoplasma | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de anticuerpos | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de cromosomas en huevo de hámster | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chromosome Test | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia testicular | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografía o ultrasonido de testículos | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas hormonales (FSH, LH, prolactina, testosterona) | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de tiroides | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro especificar _____ | ¿Cuándo? _____ | Resultados: _____ |

¿Su pareja está viendo actualmente a un médico para una evaluación de infertilidad?

Si es sí, especifique el nombre y la ubicación del médico:

¿Siente el médico que su pareja tiene un problema de infertilidad?

En caso afirmativo, ¿cuál es el diagnóstico y cómo está siendo tratada?

.....

¿Alguna vez ella ha tenido hijos con otro hombre?

¿Si es sí, cuándo?

Marwan M. Shaykh, M.D., F.A.C.O.G.

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.
Jacksonville, FL 32216
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008
Lake Mary, FL 32746
Ph 407.493.7765

1.800.777.IVF1 • FAX 904.399.3436 • www.assistedfertility.org

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre de Paciente _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Por la presente solicito que mis registros médicos se entreguen a: **Marwan M. Shaykh, M.D., F.A.C.O.G.**

Entiendo que estos registros contienen información de otros proveedores de atención médica, así como información de naturaleza administrativa. Doy mi consentimiento específicamente para la divulgación de cualquier información contenida en los registros médicos que pueda estar relacionada con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el SIDA o afecciones relacionadas.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____ N° Seguro Social _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Envíe la siguiente información:

- › Todos los análisis de semen
- › Informes de histerosalpingograma (HSG)
- › Informes de otros ensayos hormonales, como testosterona, prolactina, LH, FSH, TSH, T4, etc. e informe de título de rubéola, título de varicela, infección y cribado genético
- › Informes de biopsias de endometrio y progesterona sérica
- › Cualquier informe quirúrgico, incluida la cirugía mayor y laparoscopia, y los informes de estudios genéticos o ecográficos previos
- › Informes de Papanicolaou, informes de Clamidia y Gonorrea
- › Cualquier otro informe pertinente relacionado con la infertilidad, incluidas las notas sobre la FIV o el informe quirúrgico de **Ligadura De Trompas.**

Gracias por su asistencia.