

Cuestionario de Reproducción Masculina

Si No

A. Identificación

1. Nombre _____
2. Dirección _____

3. Fecha de nacimiento _____ 4. Edad _____
5. Fecha (hoy) _____
6. Teléfono (casa) _____
7. Teléfono (móvil o trabajo) _____
8. Médico remitente _____
9. Remitido por otro paciente o amigo _____

10. Soltero ___ Divorciado ___ Casado ___ Separado ___ Viudo ___

B. Historia de Fertilidad

1. ¿Cuántos meses hace que están intentando conseguir un embarazo con su actual pareja? _____
2. ¿Qué edad tiene ella? _____
3. ¿Ha habido algún embarazo con su pareja actual? Si ___ No ___
4. Si es afirmativo, anote la fecha y evolución de los embarazos
(inserte la letra en el número correspondiente)

- # 1 _____ (a) Parto normal (e) Bebe nacido muerto
 # 2 _____ (b) Aborto espontáneo (f) Bebe nacido con defectos
 # 3 _____ (c) Aborto inducido (g) Parto Prematuro
 # 4 _____ (d) Embarazo ectópico (h) Parto por Cesárea

Fechas:

5. ¿Durante cuántos meses ha utilizado con su pareja actual alguno de los siguiente métodos anticonceptivos?

- 5.1 Condón _____
- 5.2 Diafragma _____
- 5.3 DIU _____
- 5.4 Píldoras anticonceptivas _____
- 5.5 Método del ritmo (Ogino) _____
- 5.6 "Marcha atrás" _____

- 5.7 ¿Le han practicado una vasectomía? _____
- 5.8 ¿A su mujer le hicieron ligadura de trompas? _____
- 5.9 ¿Ha sido examinado por infertilidad antes? _____
- 5.10 ¿Ha recibido tratamiento por infertilidad? _____
- 5.11 ¿Su pareja ha sido examinada por infertilidad? _____
- 5.12 ¿Embarazó alguna pareja previa? _____

5.13 Si es afirmativo, anote la fecha y evolución de los embarazos
(inserte la letra en el número correspondiente)

- # 1 _____ (a) Parto normal (e) Bebe nacido muerto
 # 2 _____ (b) Aborto espontáneo (f) Bebe nacido con defectos
 # 3 _____ (c) Aborto inducido (g) Parto Prematuro
 # 4 _____ (d) Embarazo ectópico (h) Parto por Cesárea

Fechas:

C. Historia Sexual

1. Cuantifique su nivel de deseo sexual
 - 1.1 Marcado _____
 - 1.2 Moderado _____
 - 1.3 Poco _____
 - 1.4 Ninguno _____
2. ¿Cuántas veces por semana tiene relaciones sexuales? _____
3. ¿Eyacula durante el acto sexual? _____
4. ¿Eyacula en la vagina de su pareja? _____
5. ¿El semen cae de la vagina tras el coito? _____
6. ¿Con que frecuencia eyacula? _____ veces por semana
7. ¿Con que frecuencia se masturba? _____ veces por semana

Si No

8. ¿Consigue tener erecciones fácilmente? _____
9. ¿Tiene erecciones por la mañana? _____
10. ¿Tiene erecciones durante la noche? _____
11. ¿Mantiene su erección durante todo el coito? _____
12. ¿Ha eyaculado con el pene en flacidez (blando)? _____
13. ¿Eyacula a veces antes de la penetración? _____
14. ¿Suelen coincidir en el momento del orgasmo? _____
15. ¿Cuánto suele durar el coito antes de eyacular? _____ minutos

Jm. Viladoms

	Si	No
16. ¿El coito es a menudo doloroso para usted?	___	___
17. ¿El coito es a menudo doloroso para su pareja?	___	___
18. ¿La vagina de su pareja es tan estrecha que muy a menudo no consigue la penetración?	___	___
19. ¿Normalmente ella llega al orgasmo?	___	___
20. Si es afirmativo, ¿Durante el coito?	___	___
21. ¿Durante alguna otra actividad?	___	___
22. ¿Afecta la respuesta sexual de su pareja a la suya?	___	___
23. ¿Utiliza algún lubricante para el coito?	___	___
24. ¿Su pareja es propensa a las infecciones vaginales?	___	___
25. ¿Su pareja se ducha tras el coito?	___	___
26. Cuantifique el nivel de deseo sexual de su pareja		
26.1 Marcado _____	26.3 Poco _____	
26.2 Moderado _____	26.4 Ninguno _____	

27. Los periodos menstruales (reglas) ¿son regulares?	___	___
28. ¿Su pareja ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?		
28.1 Herpes	___	___
28.2 Enfermedad inflamatoria pélvica	___	___
28.3 Enfermedades venéreas	___	___
28.4 Gonorrea	___	___
28.5 Sífilis	___	___
29. ¿Han efectuado a su pareja una cirugía abdominal?	___	___
30. ¿Tienen relaciones cada 2 días durante la ovulación?	___	___
31. ¿Su pareja sale de la cama rápidamente tras el coito?	___	___

Si No Edad en el Diagnóstico

D. Historia Médica General

1. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?		
1.1 Alergias	___	___
1.2 Artritis	___	___
1.3 Alteraciones intestinales	___	___
1.4 Cáncer	___	___
1.5 Cambios en la apariencia corporal	___	___
1.6 Cambios en la apariencia facial	___	___
1.7 Ceguera para los colores	___	___
1.8 Sordera	___	___
1.9 Diabetes	___	___
1.10 Problemas de corazón	___	___
1.11 Hepatitis	___	___
1.12 Enfermedades hepáticas	___	___

Ju. Blandón

	Si	No	Edad en el Diagnóstico
1.13 Problemas pulmonares o de respiración	___	___	_____
1.14 Enfermedades del Sistema Nervioso	___	___	_____
1.15 Varicela	___	___	_____
1.16 Gripe	___	___	_____
1.17 Tuberculosis	___	___	_____
1.18 Indigestiones frecuentes	___	___	_____
1.19 Dolor abdominal frecuente	___	___	_____
1.20 Dolores cervicales o lumbares	___	___	_____
1.21 Enfermedades de la piel	___	___	_____
1.22. Hipertensión	___	___	_____

E. Historia Urológica

1. ¿Ha tenido infecciones de próstata?	___	___	_____
2. ¿del epidídimo?	___	___	_____
3. ¿de los testículos?	___	___	_____
4. ¿del riñón o piedras renales?	___	___	_____
5. ¿Enfermedades venéreas?	___	___	_____
6. ¿Uretritis?	___	___	_____
7. ¿Gonorrea?	___	___	_____
8. ¿Sífilis?	___	___	_____
9. ¿Herpes genital?	___	___	_____
10. ¿Ha tenido pus uretral?	___	___	_____
11. ¿Ha tenido infecciones de orina?	___	___	_____
12. ¿Ha tenido fiebre el último trimestre?	___	___	_____
13. ¿Ha eyaculado con sangre alguna vez?	___	___	_____
14. ¿Ha tenido dolor en los testículos?	___	___	_____
15. ¿Descendieron los testes al nacer?	___	___	_____
16. ¿Ha tenido heridas en pene o testículos?	___	___	_____
17. ¿Ha tenido paperas?	___	___	_____
18. Si las tuvo, ¿Afectó a los testículos?	___	___	_____
19. ¿Le han operado de?... :			

	Si	No	Año de la Operación
19.1 Hernia	___	___	_____
19.2 Varicocele (varices en los testes)	___	___	_____
19.3 Hidrocele (agua en los testes)	___	___	_____
19.4 Testículos no descendidos ó Criptorquidia	___	___	_____
19.5 Cualquier cirugía abdominal	___	___	_____
19.6 Operaciones de los testículos	___	___	_____

	Si	No	Año de la Operación
19.7 Vasectomía	___	___	_____
19.8 Fimosis (Circuncisión)	___	___	_____
19.9 Otras cirugías	___	___	_____

F. Historia Endocrina

	Si	No
1. ¿Tiene o ha tenido?		
1.1 Dificultad en reconocer los olores	___	___
1.2 Dolores de cabeza (Cefaleas)	___	___
1.3 Problemas visuales	___	___
1.4 Manos y pies demasiado grandes	___	___
1.5 Problemas con la transpiración – sudoración	___	___
1.6 Cambios de color de la piel	___	___
1.7 Episodios frecuentes de mareo	___	___
1.8 Problemas de crecimiento	___	___
1.9 ¿Tiene sensación de encontrarse bien?	___	___
1.10 ¿Ha notado cambios recientes en su nivel energético?	___	___
1.11 ¿Tiene cambios súbitos de carácter?	___	___
1.12 ¿A que edad notó pelo en el pecho? _____		
1.13 ¿y en el pubis? _____		
1.14 ¿A que edad se empezó a afeitar _____		
1.15 ¿Ha notado cambios en la frecuencia de afeitado?	___	___

G. Historia Laboral

1. ¿Cuál es su ocupación actual? _____		
	Si	No
2. ¿Su trabajo es estresante?	___	___
3. ¿Sigue en el trabajo horarios rígidos?	___	___
4. ¿Viaja con frecuencia?	___	___
5. ¿Sufre de insomnio?	___	___
6. ¿Se levanta pronto por la mañana?	___	___
7. ¿En su trabajo o en el tiempo libre está expuesto a lo que sigue?		
Nómbrelo (si es posible)		
7.1 Calor (>50°) prolongado	___	___
7.2 Radiaciones	___	___
7.3 Pesticidas	___	___
7.4 Disolventes industriales	___	___
7.5 Tintes	___	___
7.6 Metales pesados	___	___
7.7 Plásticos	___	___
8. ¿Hace cambios de turno? (Mañana – tarde – noche)?	___	___

Ju. Blandon

H. Medicaciones

	Si	No
¿Toma o ha tomado alguna de estas medicaciones?		
1. Alopurinol (Zyloric)	___	___
2. Antidepresivos	___	___
3. Antihistamínicos	___	___
4. Agentes antiparasitarios	___	___
5. Agentes antipsicóticos	___	___
6. Aspirina	___	___
7. Barbitúricos	___	___
8. Quimioterapia por cáncer	___	___
9. Clofibrato	___	___
10. Digital	___	___
11. Antiepilépticos	___	___
12. Diuréticos	___	___
13. Hormonas (estrógenos, testosterona, tiroides, cortisona)	___	___
14. Inmunosupresores	___	___
15. Insulina	___	___
16. Cimetidina (Tagamet)	___	___
17. Tranquilizantes	___	___
18. Otros	___	___

I. Historia Social

	Si	No
1. ¿Fuma?	___	___
2. ¿Cuantos cigarrillos diarios? _____		
3. ¿Cuántos cigarrillos de maría o hashis al día? _____		
4. ¿Cuántas bebidas alcohólicas al día? _____		
5. ¿Cuántos cafés y/o Cocolas al día? _____		
6. ¿Utiliza alguna de estas sustancias?:	Si	No
6.1 Cocaína	___	___
6.2 LSD	___	___
6.3 Anfetaminas o éxtasis	___	___
6.4 Heroína	___	___
6.5 Metadona	___	___
7. ¿Hace largos baños calientes?	___	___
8. ¿Hace saunas?	___	___

