CUESTIONARIO: INFORMACIÓN CLÍNICA PARA ESTUDIOS EN ORINA (estudio con clave E011 examen general de orina y R013)

Hora en que depositó la muestra:\_\_\_\_\_\_ 1a. Orina ( ) 2a. Orina ( )

1.¿Está tomando antibiótico? No ( ) Sí ( ) ¿Cuál?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.¿Ha tenido infecciones frecuentes? No ( ) Sí ( )

3.¿Es usted diabético(a)? No ( ) Sí ( ) ¿Cuantos años?:\_\_\_\_\_\_\_ Lo ignoro ( )

4.¿Es usted hipertenso(a)? No ( ) Sí ( )¿Cuantos años?:\_\_\_\_\_\_\_ Lo ignoro ( )

5.¿Está tomando: Vitamina "C"( ); Fenazopiridina( ); Levodopamina( ); Otr@s?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.¿Realizó ejercicio físico intenso <24hrs.?:\_\_\_\_ UFM(cuando aplique): del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÍNTOMAS:

1.¿Ha tenido fiebre? No ( ) Sí ( )

2.¿Orina frecuentemente? No ( ) Sí ( ) No puede( )

3.¿Al orinar presenta alguna de estas molestias?

Dolor( ) Ardor( ) Prurito( ) Incontinencia( ) Ninguno( ) Por seguimiento( )

4.¿Cuenta con Historial de: Cálculos renales\_\_\_ Diagnóstico de Daño Renal\_\_\_ Hace que tiempo?:\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

CUESTIONARIO: INFORMACIÓN CLÍNICA PARA ESTUDIO DE SEMEN (Estudio con clave E003 Espermatobioscopía directa)

Días de abstinencia sexual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora en que depositó la muestra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1a. vez ( ) Seguimiento. ( )

Motivo del estudio: Reproducción ( ) Vasectomía ( )

No Si

1.¿Ha tenido alguna infección uretral? ( ) ( ):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.¿Ha tenido infecciones en vías urinarias? ( ) ( )

3.¿Esta tomando: Vitamina "C"( ); Fenazopiridina( ); Levodopamina( );

Otr@s?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SÍNTOMATOLOGÍA: No Si

1.¿Ha tenido fiebre? ( ) ( )

2.¿Al eyacular presenta alguna de estas molestias?

Dolor( ) Ardor( ) Prurito( ) Ninguno( )

3.¿Al orinar presenta alguna de estas molestias?

Dolor( ) Ardor( ) Prurito( ) Incontinencia( ) Ninguno( )

4.¿Presenta algún otro síntoma o malestar?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUESTIONARIO: INFORMACIÓN CLÍNICA PARA ESTUDIO TAMIZ NEONATAL

Nombre de la Madre:

Enfermedad Tiroidea o Metabólica: de la mamá: ( ) Si, No( ) Cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y Hora de nacimiento: Día\_\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_ Hora:\_\_\_\_\_\_ am( ), pm( )

Peso al nacer: \_\_\_\_\_\_\_\_Kg, Talla: \_\_\_\_\_\_\_\_cm. Semanas gestación:\_\_\_\_\_\_\_\_SDG

Tipo de alimentación: Leche materna( ), Formula( ), Ambas( ), Lactosa:Si( ), No( ).

Lípidos: Si( ),No( ). Carnitina:Si( ),No( ). Nutrición parenteral:Si( ),No( )

Raza: Blanca( ), Negra( ), Asiática( ), Mestiza( ), Otra( ).

Salud y Trasfusión:

Saludable:( ), Enfermo( ), Cuidados Int.( ), Vol pequeño( ), Intercambio( ).

Fecha y Hora de toma de muestra: Día\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_ Hora:\_\_\_\_\_am( ), pm( )