ADVANCED GYNECOLOGY

MUJER
Registro de Paciente Nuevo

DATOS DEMOGRÁFICOS

Información del paciente: ¿Necesita ayuda con los formularios? ☐ S ☐ N

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro:_____ Pronombres preferidos: ☐ Ella ☐ Él ☐ Ellos

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Seguro social:_____-_____-_____ Estado civil:_____Raza:_____

Teléfono:_____ Correo electrónico: _____

¿Podemos dejar: un mensaje de voz detallado? ☐ S ☐ N un mensaje de texto detallado? ☐ S ☐ N

Médico de atención primaria: (Nombre)_____(Teléfono) _____

Médico de referencia: (Nombre)_____(Teléfono) _____

Farmacia preferida: (Nombre)_____(Teléfono) _____

¿Cuenta con un cardiólogo? ☐ S ☐ N Nombre del cardiólogo:_____(Teléfono) _____

Contacto de emergencia: (Nombre)_____(Teléfono)_____Relación:_____

¿Vive en una institución de vivienda asistida? ☐ S ☐ N Nombre de la institución: _____

(Ciudad)_____(Estado)_____¿Tiene una Directiva anticipada (Testamento en vida)? ☐ S ☐ N

EMPLEO

Empleador:_____Ocupación _____

Teléfono_____(Dirección) _____

(Ciudad)_____(Estado)_____(Código postal) _____

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado una copia de las Prácticas de Privacidad de Advanced Gynecology según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) para asegurarme de que he sido informado(a) de mis derechos de privacidad. _____**Iniciales aquí**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente:_____Fecha nac.:_____Teléfono:_____

Autorizo a Advanced Gynecology para que divulgue mi información médica a las personas u organizaciones que se indican a continuación:

Nombre:_____ Nombre:_____

Relación:_____Teléfono:_____ Relación:_____Teléfono:_____

Al firmar este documento, reconozco lo siguiente:

- He revisado esta autorización para divulgar mi historial médico y confirmo que es correcta.
- Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto por un periodo de 1 (un) año, a menos que sea revocada.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a:
  Advanced Gynecology, ATTN: Medical Records
  1561 Janmar Rd., Snellville, GA 30078: La revocación se hará efectiva una vez recibido el aviso.

_____ _____

Firma del paciente (o tutor) Fecha

ADVANCED GYNECOLOGY

Aceptación y Consentimientos del Paciente

POLÍTICA DE PAGO

Por favor, *ponga sus iniciales y firme* en señal de aceptación y consentimiento del Tratamiento Médico, el Aviso de Prácticas de Privacidad, la Autorización para divulgar información médica y la Política de Pago.

Gracias por elegir a Advanced Gynecology como su proveedor. Nos comprometemos a proporcionarle una atención médica asequible y de calidad. Por favor, asegúrese de leer cuidadosamente nuestra Política de Pago. Se proporcionará una copia a pedido.

- ***Seguro.*** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
- ***Copagos y deducibles.*** Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si su cuenta es transferida a una agencia de cobranzas, se añadirá un cargo de 100 dólares por procesamiento de cobranza a cualquier saldo pendiente.
- ***Servicios no cubiertos***. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
- ***Prueba de seguro.*** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de consultar con el médico.

  Para proporcionar una prueba de seguro, debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación.
- ***Presentación de reclamaciones.*** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que estas sean pagadas. Por favor, tenga en cuenta que cualquier saldo no pagado es su responsabilidad.
- ***Cambios en la cobertura.*** Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus máximos beneficios.
- ***Falta de pago.*** Si su cuenta está atrasada más de 90 días, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranzas.

_____**INICIALES AQUÍ**

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO

He revisado y doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Solicito voluntariamente tratamiento y consiento a que mi proveedor me proporcione atención. Dicha atención puede incluir, entre otras cosas, procedimientos de diagnóstico, extracciones de sangre, pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento y proceso de atención.
- Reconozco que mi tratamiento está destinado a tratar enfermedades específicas y no pretende sustituir a un médico de atención primaria y que no se puede dar o se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Advanced Gynecology.
- En el caso de que un empleado se pinchara con una aguja o se expusiera de alguna otra manera a mi sangre o fluidos corporales, consiento en que se me haga una prueba de VIH o de Hepatitis C y B.

_____**INICIALES AQUÍ**

FIRMAS

Al firmar abajo, reconozco que he revisado la política de pagos de Advanced Gynecology y doy mi consentimiento para el tratamiento médico.

Escriba el nombre de la persona que firma:_____Relación con el paciente: _____

_____ _____

Firma del paciente (o tutor) Fecha

ADVANCED GYNECOLOGY

Solicitud de información médica
Por favor, enviar los historiales médicos del siguiente paciente
Por fax al 678.666.5201 o correo a 1561 Janmar Rd., Snellville, GA 30078

Autorización para obtener información médica protegida

Nombre del paciente (APELLIDO)_____(NOMBRE)_____(INICIAL SEGUNDO NOMBRE) _____(Sufijo) _____

Fecha de nacimiento:_____/_____/_____ Teléfono: _____

☐ Autorizo a Advanced Gynecology a obtener y a las instituciones nombradas a divulgar a Advanced Gynecology mi información médica.

Esta divulgación se aplica a:

☐ Toda mi información médica

☐ Información médica relacionada con el siguiente tratamiento, dolencia o fechas

_____

☐ Otro

_____

Solo para uso de oficina

Institución: (Nombre) _____

Dirección:

_____

Teléfono: _____

(Fax)_____

_____ _____/_____/_____

Firma del paciente (o tutor) Fecha

_____ _____

Escriba el nombre de la persona que firma Relación con el paciente

ADVANCED **GYNECOLOGY**

Historial del paciente

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Por favor, indíquenos el motivo de su visita de hoy:_____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?

Constitucional			**Cardiovascular**			**Endocrino**		
Cambios en el apetito	☐ S	☐ N	Cambios en el apetito	☐ S	☐ N	Intolerancia al frío	☐ S	☐ N
Escalofríos	☐ S	☐ N	Escalofríos	☐ S	☐ N	Intolerancia al calor	☐ S	☐ N
Fatiga	☐ S	☐ N	Fatiga	☐ S	☐ N	Sed excesiva	☐ S	☐ N
Fiebre	☐ S	☐ N	Fiebre	☐ S	☐ N	Micción excesiva	☐ S	☐ N
Ojos			**Respiratorio**			Aumento de peso	☐ S	☐ N
Ojos secos	☐ S	☐ N	Tos	☐ S	☐ N	Pérdida de peso	☐ S	☐ N
Visión borrosa	☐ S	☐ N	Sibilancias	☐ S	☐ N	Sudoración excesiva	☐ S	☐ N
Cambios en la visión	☐ S	☐ N	Dificultad para respirar	☐ S	☐ N	Sudores nocturnos	☐ S	☐ N
Otorrinolaringología			Respiración dolorosa	☐ S	☐ N	Piel seca	☐ S	☐ N
Boca seca	☐ S	☐ N	Apnea del sueño	☐ S	☐ N	**Gastrointestinal**		
Jaquecas	☐ S	☐ N	**Alérgico-inmunológico**			Dolor abdominal	☐ S	☐ N
Congestión nasal	☐ S	☐ N	Erupción	☐ S	☐ N	Estreñimiento	☐ S	☐ N
Nariz moquienta	☐ S	☐ N	Dermatitis alérgica	☐ S	☐ N	Diarrea	☐ S	☐ N
Dolor sinusal	☐ S	☐ N	Picazón	☐ S	☐ N	Heces con sangre	☐ S	☐ N
Dolor de garganta	☐ S	☐ N	Enfermedad frecuente	☐ S	☐ N	Pérdida de apetito	☐ S	☐ N
Mama			Alergias de sinusitis	☐ S	☐ N	Náuseas / vómitos	☐ S	☐ N
Bultos	☐ S	☐ N	**Musculoesquelético**			Acidez	☐ S	☐ N
Secreción del pezón	☐ S	☐ N	Dolor de espalda	☐ S	☐ N	**Genitourinario**		
Hinchazón	☐ S	☐ N	Dolor óseo/articular	☐ S	☐ N	Disminución del deseo sexual	☐ S	☐ N
Sensibilidad	☐ S	☐ N	Dolor muscular	☐ S	☐ N	Disminución del flujo	☐ S	☐ N
Neurológico			Debilidad muscular	☐ S	☐ N	Dificultad para vaciar la vejiga	☐ S	☐ N
Jaquecas	☐ S	☐ N	**Hematología/Linfático**			Disuria (micción dolorosa)	☐ S	☐ N
Mala coordinación	☐ S	☐ N	Sangrado fácil	☐ S	☐ N	Impotencia	☐ S	☐ N
Entumecimiento/hormigueo	☐ S	☐ N	Hematomas fáciles	☐ S	☐ N	Dolor escrotal	☐ S	☐ N
Convulsiones	☐ S	☐ N	Antecedentes de DVT	☐ S	☐ N	Secreción vaginal	☐ S	☐ N
Mareos	☐ S	☐ N	Agrandamiento nódulo linfático	☐ S	☐N	Dismenorrea (periodos dolorosos)	☐ S	☐N
Confusión	☐ S	☐ N						

CONSUMOS SOCIALES

Consumo de tabaco

- ¿Consume productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No (¿Cuánto tiempo?)_____ (¿Cuánto?) Paquetes por día: _____
- ¿Fue fumador? ☐ Sí ☐ No (¿Fecha en que dejó de fumar?) _____

Consumo de alcohol

- ¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No (¿Tipo?) ☐ Cerveza ☐ Vino ☐ Licor

¿Cuánto?_____tragos por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes (Fecha del último trago?)____/_____/_____

Consumo de drogas ¿Utiliza habitualmente alguna sustancia ilegal? ☐ Sí ☐ No

Consumo de cafeína ☐ No tomo bebidas con cafeína

☐ Cafeína actual (¿Cuánto?)_____bebidas/día (¿Cuánto tiempo?)_____años

Ejercicio ☐ No hago ejercicio ☐ Hago ejercicio regularmente_____minutos/día por_____días/semana

Cinturón de seguridad ¿Utiliza rutinariamente el cinturón de seguridad? ☐ Sí ☐ No

ADVANCED GYNECOLOGY

Historial del paciente

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia conocida? ☐ Sí ☐ No ☐ Látex ☐ Curitas/Adhesivos ☐ Yodo

- Lista de todas las alergias a los medicamentos

Nombre del medicamento	Reacción al medicamento

- Enumere todas las demás alergias:

ACTUALES

- Enumere TODOS los medicamentos actuales, incluyendo de venta libre, anticonceptivos, vitaminas, hierbas y recetados.

Nombre y dosis del medicamento	Nombre y dosis del medicamento

DOLENCIAS

• Enumere ***TODAS*** las dolencias actuales o anteriores	• Enumere ***TODAS*** las cirugías incluyendo el año

HISTORIAL

- ¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé • Número de embarazos: _____
- Número de partos vaginales:_____ • Partos por cesárea: _____• Mayor peso infantil: _____
- Fecha último periodo:_____ • Edad primer periodo:_____ • Duración media:_____días • Toallas/día:_____
- Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____• ¿Papanicolaous anteriores anormales? ☐ Sí ☐ No
- Última mamografía: • Fecha: [Mes]_____ [Año]_____ • Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal
  - Dónde se realizó la mamografía: _____
- ¿Actualmente está tomando terapia con reemplazo hormonal? ☐ Sí ☐ No
  - En caso afirmativo, indique nombre y ruta: _____

HISTORIAL FAMILIAR

- ¿Algún miembro de la familia tiene antecedentes de lo siguiente?

☐ Trastorno hemorrágico Relación:	☐ Trastorno de coagulación Relación:	☐ Diabetes Relación:	☐ Enfermedad de la arteria coronaria/corazón Relación:
☐ Colesterol alto Relación:	☐ Presión arterial alta Relación:	☐ Derrame cerebral Relación:	☐ Menopausia temprana Relación:
☐ Reacción a la anestesia Relación:	☐ Enfermedad tiroidea Relación:	☐ Infertilidad Relación:	☐ Enfermedad inflamatoria intestinal Relación:
☐ Prolapso Relación:	☐ Cáncer de mama Relación:	☐ Cáncer ginecológico (ovarios, útero, cuello uterino) Relación:	
☐ Cáncer de colon Relación:	☐ Otro cáncer (Tipo)_____Relación:_____ (Tipo)_____Relación:_____		
☐ Otro:			

ADVANCED **GYNECOLOGY**

Estudio Ginecológico

Nombre:	Fecha nac.:	Fecha de hoy:

Las siguientes preguntas se refieren a su vagina y otros órganos reproductivos.
Por favor, revise y responda todas las preguntas lo mejor que pueda.

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? (**Marque todo lo que corresponda**)

☐ Presión en la parte inferior del abdomen	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pesadez o entumecimiento en el área pélvica	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Un bulto o algo que se cae y que se puede ver o sentir en el área vaginal	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Tener que presionar la vagina o alrededor del recto para tener o completar una deposición	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Sensación de vaciado incompleto de la vejiga	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Tener que empujar con los dedos un bulto en el área vaginal para iniciar o completar la micción	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante

- ¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para el prolapso?

  ☐ Cirugía [Tipo_____] ☐ Pesario ☐ Terapia física para el suelo pélvico

- ¿Ha sido sometida a una histerectomía? ☐ Sí ☐ No
  - ¿Se le extirparon los ovarios y tubos? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
  - ¿Se le extirpó el cuello uterino? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
  - ¿Cuál fue la ruta de la histerectomía? ☐ Vaginal ☐ Laparoscópica/Robótica

    ☐ Vaginal ☐ Laparoscópica/Robótica ☐ Abierta/Abdominal

- ¿Ha tenido alguna otra cirugía en los órganos reproductivos, la vejiga, la uretra o el recto/ano?

- ¿Sufre de sequedad vaginal? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene secreción vaginal? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene picazón o irritación vaginal o vulvar? ☐ Sí ☐ No
- ¿Es sexualmente activa?
  - Con (Marque todo lo que corresponda) ☐ Hombres ☐ Mujeres ☐ Ambos
  - ¿Sufre de dolor al tener sexo? ☐ Sí ☐ No
  - ¿Alguno de los siguientes puntos le impide tener una vida sexual saludable? **(Marque todo lo que corresponda)**

    ☐ Pérdida de orina ☐ Pérdida de heces ☐ Sequedad vaginal ☐ Laxitud vaginal

    ☐ Protuberancia vaginal ☐ Falta de interés ☐ Dificultad para llegar al orgasmo
- ¿Actualmente sufre de dolor pélvico? ☐ Sí ☐ No
  - En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:
    - Ubicación: _____
    - ¿Durante cuánto tiempo ha tenido esto? _____ • Gravedad (**Marque uno**): ☐ Mínima ☐ Moderada ☐ Grave
    - Escala dolor **(Marque con círculo) [0 = Sin dolor, 10 = Dolor terrible]** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - Tipo **(Marque uno)** ☐ Agudo ☐Punzante ☐ Palpitante ☐ Acalambrado ☐ Sordo ☐ Doloroso
    - ¿Radiación? (Se extiende hacia otro lugar): ☐ Sí ☐ No Dónde: _____
    - Factores exacerbantes (lo empeoran):_____
    - Factores de alivio (lo mejoran):_____
- ¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos para el dolor pélvico? (**Marque todo lo que corresponda**)

☐ Elavil/Amitriptylina ☐ Uribel ☐ Prelief ☐ Neurontin/Gabapentina ☐ NSAIDS

☐ Supositorios de Valium ☐ Uristat/Azo ☐ Pyridium ☐ Relajantes musculares ☐ Narcóticos

☐ Bloqueo del nervio pudendo ☐ Instilaciones de la vejiga ☐ Hidrodistensión ☐ Cistoscopia

☐ Elmiron/PPS ☐ Crema/tabletas de estrógeno ☐ Terapia láser ☐ Botox

- ¿Está teniendo algún sangrado vaginal inesperado o periodos intensos? ☐ Sí ☐ No
  - En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:
    - ¿Cuántas toallas higiénicas usa diariamente?_____ ▪ ¿Cuántos accidentes tiene por día?_____
    - ¿Sufre de coágulos con los periodos intensos? ☐ Sí ☐ No
    - ¿Le han hecho una biopsia endometrial anterior? ☐ ☐
    - ¿Ha sido sometida a algún tratamiento anterior para esto? ☐ ☐
      - En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?

☐ Quistes ováricos ☐ Fibromas ☐ Periodos intensos ☐ Periodos dolorosos ☐ Endometriosis

☐ STD ☐ Lesión pélvica relacionada con el nacimiento ☐ Episiotomía ☐ Parto mediante fórceps/ventosa

☐ Laceración perineal que implica el recto ☐ Fístula ☐ Sangrado posmenopáusico

ADVANCED **GYNECOLOGY**

Estudio sobre la vejiga

Nombre:	Fecha nac.:	Fecha de hoy:

Las siguientes preguntas se refieren a su vejiga y función urinaria.
Por favor, revise y responda todas las preguntas lo mejor que pueda.

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? (**Marque todo lo que corresponda**)

☐ Micción frecuente	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pequeñas cantidades de pérdida de orina (es decir, gotas)	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pérdida asociada con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pérdida de orina relacionada con toser, estornudar o reír	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Dificultad para vaciar la vejiga	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Dolor o malestar en la parte inferior del abdomen o región genital	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Una necesidad repentina e incontrolable de orinar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Despertar por la noche con la necesidad de orinar (nocturia)	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ No en absoluto ☐ Algo ☐ Medianamente ☐ Bastante

- Si marcó “Sí” a cualquiera de los problemas anteriores, ¿durante cuánto tiempo ha estado experimentando esto?
  ☐ Menos de 1 año ☐ Alrededor de 1 año ☐ Alrededor de 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ Más de 5 años

- En promedio, ¿cuántas veces orina durante el día (horas de vigilia)? _____
- En promedio, ¿cuántas veces orina durante la noche (horas de sueño)? _____
- Si pierde orina, ¿con qué frecuencia ocurre esto?
  ☐ Diariamente ☐ Unas cuantas veces por semana ☐ Unas cuantas veces al mes ☐ Menos de 1 vez por mes ☐ Nunca
  - Si pierde orina, ¿cuánta pierde en un momento dado? ☐ Gotas ☐ Pequeñas salpicaduras ☐ Más
  - ¿La pérdida de orina ha hecho que se sienta frustrada? ☐ En absoluto ☐ Ligeramente ☐ Medianamente ☐ Mucho
  - ¿Alguna vez ha perdido orina al dormir? ☐ Sí ☐ No
  - ¿Alguna vez ha perdido orina sin darse cuenta? ☐ Sí ☐ No

ADVANCED GYNECOLOGY

Estudio sobre la vejiga

- ¿Qué eventos desencadenan la pérdida de orina? **(Marque todo lo que corresponda)**
  - ☐ Toser ☐ Reír ☐ Estornudar ☐ Ejercitarse ☐ Tener sexo
  - ☐ Cambiar de posición ☐ Urgencia ☐ Otro:_____
- ¿Ha notado alguno de los siguientes con respecto a su flujo de orina? **(Marque todo lo que corresponda)** ☐
  - ☐ Lento para empezar (titubeo) ☐ Flujo débil ☐ Flujo lento ☐ Flujo intermitente
  - ☐ Goteo hasta terminar el flujo ☐ Doble vaciado
- ¿Necesita hacer algo de lo siguiente para vaciar la vejiga? **(Marque todo lo que corresponda)**
  - ☐ Inclinarse ☐ Presionar la parte baja del abdomen ☐ Empujar la protuberancia vaginal
  - ☐ Cambiar de posición ☐ Usar catéter
- ¿Ha sufrido de una infección de tracto urinario (UTI) con un cultivo de orina positivo en el último año? ☐ Sí ☐ No
  - Si es así, ¿cuántas ha tenido en el último año? _____
  - ¿Cuándo fue la más reciente (fecha)? _____
  - ¿Cree que pueda tener una hoy? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha notado sangre en la orina? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene ardor o dolor al orinar? ☐ Sí ☐ No
- ¿Alguna vez siente dolor asociado con la vejiga llena? ☐ Sí ☐ No
- ¿Alguna vez ha probado algún medicamento para la vejiga? (**Marque todo lo que corresponda**)
  - ☐ Detrol/Tolterodina ☐ Ditropan/Oxibutinina ☐ Vesicare/Solifenacina ☐ Sanctura/Trospio
  - ☐ Toviaz/Fesoterodina ☐ Enablex/Darifenacina ☐ Myrbetriq/Mirabegron ☐ Cardura/Flomax
  - ☐ Elmiron/PPS ☐ Metenamina/Hipprex ☐ D-Mannose ☐ Antibióticos
- ¿Ha tenido algún efecto secundario por los medicamentos anteriores? (**Marque todo lo que corresponda**)
  - ☐ Boca seca ☐ Ojos secos ☐ Estreñimiento ☐ Retención de orina
  - ☐ Vaciado deficiente ☐ Otro
- ¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?
  - ☐ Glaucoma ☐ Gastroparesia/Tránsito GI lento ☐ Demencia
  - ☐ Hipertensión ☐ Miastenia grave ☐ Prolongación de QT
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos/procedimientos para la vejiga?
  - ☐ Cinta ☐ Engrosamiento uretral ☐ Botox en la vejiga ☐ PTNS ☐ PNE/Interstim ☐ Hidrodistensión
  - ☐ Terapia física para el suelo pélvico ☐ Otro_____

ADVANCED GYNECOLOGY

Estudio colorrectal

Nombre:	Fecha nac.:	Fecha de hoy:

Las siguientes preguntas se refieren a su función intestinal. Por favor, revise y responda todas las preguntas	
¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? (**Marque todo lo que corresponda**)	
☐ Necesidad de pujar para defecar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Sensación de que no ha vaciado completamente los intestinos al terminar de defecar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pérdida de heces fuera de su control si las heces están bien formadas	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pérdida de heces fuera de su control si las heces están sueltas	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Pérdida de gases por el recto fuera de su control	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Dolor al evacuar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Fuerte necesidad de correr al baño para defecar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
☐ Parte de su intestino pasa por el recto y sobresale por fuera durante o después de una deposición	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? ☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante

- Si tiene pérdidas de heces y/o gases, ¿con qué frecuencia sucede esto?
  ☐ Diariamente ☐ Unas cuantas veces por semana ☐ Unas cuantas veces al mes ☐ Cada pocos meses
- ¿Utiliza paños o protectores para la pérdida de heces? ☐ Sí ☐ No
- ¿Sufre de estreñimiento? ☐ Sí ☐ No
- ¿Sufre de heces duras que son difíciles de evacuar? ☐ Sí ☐ No
- En promedio, ¿cuántas deposiciones tiene a la semana? _____
- ¿Tiene diarrea? ☐ Sí ☐ No

- **¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos para los intestinos? (Marque todo lo que corresponda)**

  ☐ Suplementación con fibra ☐ Ablandadores de heces ☐ Laxantes ☐ Enemas ☐ Linzess/Linaclotida

  ☐ Prudac/Prucaloprida ☐ Xifaxin/Rifaximina ☐ Viberzi/Eluxadolina ☐ Lomotil

  ☐ Imodium ☐ Otro_____

- ¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para la filtración intestinal? **(Marque todo lo que corresponda)**

  ☐ Esfincteroplastia ☐ PNE/Interstim ☐ PTNS ☐ Inyección de Solesta ☐ Botox

  ☐ Esfínter artificial ☐ TOPAS ☐ Engrosamiento del esfínter anal ☐ Terapia física para el suelo pélvico

- ¿Cuándo fue su última colonoscopia? _____

  ☐ Normal ☐ Anormal [Resultados_____]

- ¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes? (**Marque todo lo que corresponda**)

  ☐ Hemorroides ☐ Fisuras anales ☐ Fístulas anales ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal

  ☐ Cáncer colorrectal ☐ Prolapso rectal ☐ IBS ☐ Motilidad GI lenta ☐ Enfermedad celíaca

  ☐ Enfermedad de Hirschsprung ☐ Otro _____

ADVANCED GYNECOLOGY

Cuestionario sobre Impacto en el Suelo Pélvico PFIQ-7

Nombre:	Fecha nac.:	Fecha de hoy:

Instrucciones: Algunas mujeres descubren que los síntomas de la vejiga, el intestino o la vagina afectan sus actividades, relaciones y sentimientos. Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describa en qué medida sus actividades, relaciones o sentimientos se han visto afectados por sus síntomas o afecciones de la vejiga, el intestino o la vagina en los últimos 3 meses. Asegúrese de marcar una respuesta en las 3 columnas de cada pregunta.

Cómo suelen afectar los síntomas o afecciones que se mencionan a continuación su	**Vejiga u orina**	**Intestino o recto**	**Vagina o pelvis**
1. Disposición para hacer las tareas domésticas (cocinar, lavar la ropa, limpiar la casa).	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
2. Disposición para hacer actividades físicas como caminar, nadar u otros ejercicios.	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
3. Participación en actividades de entretenimiento como ir al cine o a un concierto.	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
4. Disposición para viajar en auto o en autobús a más de 30 minutos de distancia de casa.	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
5. Participación en actividades sociales fuera de casa.	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.).	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante
7. Sensación de frustración	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante	☐ En absoluto ☐ Un poco ☐ Medianamente ☐ Bastante

Total x 100 x 100 x 100

Puntuación del PFIQ-7: = Todos los puntos utilizan la siguiente escala de respuesta:
0, En absoluto; 1, Un poco; 2, Medianamente; 3, Bastante Puntuación del PFIQ-7

Escalas: Cuestionario de Impacto Urinario (UIQ-7) 7 puntos bajo el encabezado de columna "Vejiga u orina"
Cuestionario de Impacto Colorrectal-Anal (CRAIQ-7): 7 puntos bajo el encabezado de columna "Intestino / recto"
Cuestionario de Impacto de Prolapso de Órganos Pélvicos (POPIQ-7): Puntos
bajo la columna “Pelvis / vagina”

Puntuaciones de escala: Obtener el valor medio de todos los puntos contestados dentro de la escala correspondiente (posible valor 0 - 3) y luego multiplicar por (100/3) para obtener la puntuación de la escala (rango 0-100).
Los puntos que faltan se tratan utilizando únicamente la media de los puntos contestados.

Puntuación Resumen del PFIQ-7: Sume las puntuaciones de las 3 escalas para obtener la puntuación resumen (rango 0-300).

ADVANCED GYNECOLOGY

Acuerdo y Consentimiento Informado entre Médico y Paciente para Terapia con Opioides o Narcóticos para el Tratamiento del Dolor

Nombre del paciente (APELLIDO)_____(NOMBRE)_____(INICIAL SEGUNDO NOMBRE) _____(Sufijo)_____

Fecha de nacimiento:__/_____/_____ Teléfono: _____

Es posible que reciba terapia con opioides/narcóticos a corto plazo después de la operación como tratamiento para el dolor. Es vital que entienda que estas drogas son muy útiles pero tienen un potencial de uso indebido y por lo tanto están estrechamente controladas por los gobiernos locales, estatales y federales.
Este tratamiento tiene como objetivo:

- Reducir el dolor
- Mejorar su nivel de funcionamiento en la realización de sus actividades cotidianas.

Nuestro objetivo en Advanced Gynecology es no iniciar o continuar la terapia con opioides siempre que sea posible, pero a veces esto puede estar justificado para un manejo más efectivo del dolor.
NINGÚN médico de la práctica de Advanced Gynecology prescribirá recetas a largo plazo para el dolor crónico. Cualquier persona que necesite una terapia con opioides/narcóticos a largo plazo para el dolor crónico será remitida a un especialista en el manejo del dolor.

EFECTOS SECUNDARIOS

Los posibles efectos secundarios y riesgos de estos medicamentos incluyen, pero no se limitan a:

- Cambios de humor
- Somnolencia
- Mareos
- Estreñimiento
- Náuseas
- Confusión
- Disminución de la función sexual y de la libido (Sus niveles hormonales pueden controlarse durante el tratamiento)

Muchos de estos efectos secundarios se resolverán en días o semanas. El estreñimiento a menudo persiste y puede requerir medicación adicional.
Si persisten otros efectos secundarios, se pueden probar diferentes opioides, o se pueden descontinuar.
Usted **NO** debe:

- **Operar un vehículo o maquinaria**
  - Se considera médicamente aceptable conducir mientras se toman opioides para el dolor crónico siempre que no se tengan efectos secundarios como sedación o alteración del estado mental. Estos efectos secundarios no suelen ocurrir mientras se toman opioides/narcóticos de forma crónica. Sin embargo, es posible que se considere que usted está conduciendo bajo la influencia del alcohol si la policía lo detiene mientras conduce.
- **Consumir NINGÚN tipo de alcohol mientras toma opioides/narcóticos**
  - Los efectos del alcohol y los sedantes se suman a los de los opioides/narcóticos. Si toma estas sustancias en combinación con opioides/narcóticos, puede producirse una situación peligrosa, como el coma, el daño a los órganos o incluso ***LA MUERTE***.
- **Tomar cualquier otro sedante no prescrito mientras toma opioides/narcóticos**

Iniciales del paciente: _____

RIESGOS

- **Dependencia**
  - La dependencia física es un efecto secundario previsto de la terapia con opioides/narcóticos a largo plazo. Esto significa que si usted toma opioides/narcóticos continuamente, y luego los deja abruptamente, experimentará síndrome de abstinencia. Este síndrome a menudo incluye sudoración, diarrea, irritabilidad, insomnio, secreción nasal, lagrimeo, dolor muscular y óseo, piel de gallina y pupilas dilatadas. El síndrome de abstinencia puede poner en peligro la vida. Para prevenir estos síntomas, los opioides/narcóticos deben tomarse regularmente o, si se dejan de tomar, deben reducirse gradualmente bajo la supervisión de su médico.

- **Tolerancia**
  - Con el uso continuado, es posible que se presente tolerancia al efecto analgésico de los opioides/narcóticos. Esto significa que se necesita más medicación para lograr el mismo nivel de control del dolor que se experimentó cuando se inició la terapia con opioides/narcóticos. Esto puede ocurrir aunque no haya habido ningún cambio en su condición subyacente de dolor. Cuando se produce la tolerancia, a veces es necesario disminuir o suspender el opioide/narcótico. A veces la tolerancia puede tratarse sustituyendo un opioide/narcótico por otro. Al inicio, se deben ajustar las dosis de los medicamentos para lograr un efecto terapéutico y de alivio del dolor; los ajustes ascendentes durante este periodo no se consideran tolerancia.

- **Aumento del dolor (Hiperalgesia)**
  - Se desconocen los efectos a largo plazo de los opioides/narcóticos en los sistemas de lucha contra el dolor del propio organismo. Algunas pruebas sugieren que los opioides/narcóticos pueden interferir en la modulación del dolor, lo que da lugar a una mayor sensibilidad al mismo. A veces, las personas que han tomado opioides/narcóticos durante mucho tiempo, pero que siguen teniendo dolor, notan una disminución del mismo después de varias semanas sin tomar los medicamentos.

- **Adicción**
  - La adicción es una enfermedad primaria, crónica, neurobiológica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en el desarrollo y las manifestaciones. Se caracteriza por comportamientos que incluyen uno o más de los siguientes:
    - Deterioro del control sobre el uso de las drogas
    - Uso compulsivo
    - Uso continuado a pesar del daño
    - Ansias

RIESGO PARA LOS NIÑOS POR NACER

Los niños nacidos de mujeres que toman regularmente opioides/narcóticos probablemente serán físicamente dependientes al nacer. Las mujeres en edad de procrear deben mantener un control de la natalidad seguro y eficaz mientras estén en terapia con opioides y narcóticos.

Si queda embarazada, contacte inmediatamente con su médico para que le reduzcan o detengan la medicación.

EFECTOS SECUNDARIOS A LARGO PLAZO

El efecto a largo plazo de la terapia con opioides y narcóticos no se conoce del todo. La mayoría de los efectos a largo plazo se ha indicado anteriormente. Si tiene preguntas adicionales sobre los posibles efectos a largo plazo de la terapia con opioides y narcóticos, consulte a su médico.

Iniciales del paciente: _____

USO Y PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS OPIOIDES/NARCÓTICOS

Su médico le recetará la medicación para controlar el dolor. Basándose en sus necesidades individuales, se le proporcionará la medicación prescrita a corto plazo o después de la operación.

Usted:

- acepta y entiende que el aumento de su dosis sin la estrecha supervisión de su médico podría conducir a una sobredosis de drogas, causando sedación severa, depresión respiratoria y/o la muerte.
- está de acuerdo y entiende que los medicamentos opioides y narcóticos han sido estrictamente prescritos para usted, y que estos NUNCA deben ser suministrados a otras personas.
- está de acuerdo en adquirir las recetas de opiáceos/narcóticos en una farmacia.
- está de acuerdo en guardar sus medicamentos opioides y narcóticos en un lugar seguro y bajo llave para evitar su pérdida o robo. Usted es responsable de cualquier pérdida o robo.
- acepta que las recetas o medicamentos que resulten perdidos, robados o destruidos no serán reemplazados, y pueden resultar en la interrupción del tratamiento.
- se compromete a obtener medicamentos opioides y narcóticos de un médico que se los prescriba o del reemplazo de dicho médico si el médico que se los prescribió no se encuentra disponible y ha autorizado a su reemplazo para que le proporcione el tratamiento.
- acepta someterse a análisis de sangre y/u orina para controlar los niveles de medicación u otras drogas y cualquier efecto secundario en los órganos. También acepta que se notifiquen los resultados a otros médicos y a las fuerzas del orden.
- entiende y acepta que si pierde su medicación o se le acaba antes de tiempo debido al uso excesivo, puede experimentar y pasar por la abstinencia de opioides/ narcóticos. Además, usted entiende y acepta que es el único responsable de sus propios medicamentos.
- se compromete a proporcionar una lista de su farmacia en la que se detallen todos los medicamentos recibidos de esa farmacia y a proporcionar listas actualizadas según lo solicite su médico.

Para los pacientes que toman metadona: La metadona tiene interacciones significativas con muchos otros medicamentos. Algunos de estos medicamentos pueden reducir la capacidad de su organismo para metabolizar la metadona, AUMENTANDO así este opioide en su cuerpo, lo que podría ser peligroso. Por lo tanto, mientras tome metadona usted DEBE notificar a este consultorio acerca de TODOS los medicamentos prescritos que tome para CUALQUIER dolencia.

SE PODRÍA DESCONTINUAR LA TERAPIA CON OPIOIDES/NARCÓTICOS SI USTED:

- Desarrolla una tolerancia progresiva que no puede ser manejada con el cambio de medicamentos.
- Experimenta efectos secundarios que no se pueden controlar.
- Experimenta una disminución de la función o un mal control del dolor.
- Desarrolla signos de adicción
- Abusa de cualquier otra sustancia controlada (esto puede determinarse mediante análisis de sangre y orina al azar)
- Obtiene y/o consume drogas callejeras (esto puede determinarse mediante análisis de sangre y orina al azar)
- Aumenta la medicación sin el consentimiento de su médico
- Obtiene opioides/narcóticos de otros médicos o fuentes
- Adquiere recetas en otras farmacias sin explicación
- Vende, regala o pierde medicamentos
- Infringe cualquiera de los términos de este acuerdo

Iniciales del paciente: _____

AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- He leído y entiendo completamente el Acuerdo y Consentimiento Informado entre Médico y Paciente para Terapia con Opioides o Narcóticos para el Tratamiento del Dolor
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto (incluido el no tratamiento), posibles riesgos, complicaciones, efectos secundarios y beneficios.
- Acepto y estoy de acuerdo en asumir los riesgos del tratamiento propuesto tal como se presenta.
- Estoy de acuerdo en cumplir con los términos de este acuerdo.

_____	_____	_____
Nombre del paciente (Escriba claramente)	Firma del paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo (Escriba claramente)	Firma del testigo	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del médico (Escriba claramente)	Firma del médico	Fecha