

Formulario de Inscripción de Uroginecología



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Fecha _____
Médico que Remite _____ Médico de Atención Primarian _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO

Último periodo menstrual normal _____ Edad del primer periodo menstrual _____
Duración de periodos _____ Número de días entre periodos _____
¿Tiene coágulos? SÍ ___ NO ___
¿Tiene periodos dolorosos? SÍ ___ NO ___ ¿Sangra usted entre ciclos? SÍ ___ NO ___
¿Siente dolor al realizar el acto sexual? SÍ ___ NO ___
Última prueba de Papanicolau _____ ¿Algún resultado anormal? SÍ ___ NO ___
Si es así, ¿cuándo? _____
Última mamografía _____ ¿Algún resultado anormal? SÍ ___ NO ___
¿Si es así, cuándo? _____
Última colonoscopia _____ Última densidad ósea _____
Método anticonce ___ esterilización (pareja/propia) ___ Depo Provera ___ DIU ___ píldoras
___ diafragma ___ planificación familiar natural ___ espuma/gel ___ otro _____
¿Tiene pérdidas de orina? SÍ ___ NO ___ todo el tiempo _____ al levantar peso/toser
_____ ocasionalmente
¿Lleva usted almohadillas de incontinencia? SÍ ___ NO ___ Si es así, ¿cuántas por día? _____
¿Tiene pérdidas de heces? SÍ ___ NO ___

HISTORIA DE LA OBSTETRICIA

Embarazos ___ Nacimientos ___ Abortos naturales ___ Cesáreas ___ Abortos provocados ___ Ninguno ___

HISTORIAL MÉDICO

___ Anemia ___ Artritis ___ Asma ___ Trastorno de sangrado
___ Transfusión de sangre ___ Cáncer de mama ___ Condiloma/Verrugas ___ Trombosis venosa profunda
___ Depresión/Ansiedad ___ Diabetes ___ Endometriosis ___ Mamas fibroquísticas
___ Fibromas ___ Fibromialgia ___ Infecciones de vejiga frecuentes ___ Herpes genital
___ Gonorrea/Clamidia ___ Ataque cardiaco ___ Hepatitis ___ Presión sanguínea alta
___ Colesterol Alto ___ VIH/SIDA ___ Prolapso de válvula mitral ___ Quistes ováricos
___ Embolia ___ Enfermedad de tiroides ___ Úlcera/ERGE ___ Colitis ulcerosa
___ Otro _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Tipo de operación	Motivo de Operación	Fecha de Operación

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Fecha _____

ALERGIAS _____

MEDICAMENTOS (Nombre, dosis y frecuencia; incluyendo suplementos y hierbas)

HISTORIA SOCIAL

Ocupación _____ ¿Cuántas horas trabaja/semana? _____

¿Ha sido sexualmente activa alguna vez? SÍ ___ NO ___ ¿Es sexualmente activa actualmente? SÍ ___ NO ___

¿Ha sufrido alguna vez violación o abusos? SÍ ___ NO ___

¿Está actualmente segura en su relación? SÍ ___ NO ___

¿Fuma usted? SÍ ___ NO ___ ANTES ___ Si la respuesta es sí, ¿cuántos paquetes por día? ___ ¿Cuántos años? ___

¿Le interesa dejar de fumar? SÍ ___ NO ___ ¿Quizá el año próximo? SÍ ___ NO ___

¿Cuánto alcohol bebe usted? _____

¿Cuánto café/té bebe usted? _____

¿Alguna droga recreativa? SÍ ___ NO ___ Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

¿Cuánto ejercicio hace usted? _____

HISTORIAL FAMILIAR (indique edad y problemas de salud de cada uno)

Madre _____ Padre _____

Hermanas _____ Hermanos _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (marque cualquier síntoma persistente que tenga actualmente)

ENDOCRINO

___ Enfermedad de tiroides (Bocio, Nódulos, Hashimoto, Enfermedad de Graves, Hipotiroidismo, Cáncer de Tiroides, Cirugía de Tiroides)

___ Paratiroides (Hiperparatiroidismo, Hipoparatiroidismo, Cáncer de Paratiroides, Cirugía de Paratiroides)

___ Enfermedad Pituitaria ___ Trastorno suprarrenal

___ Diabetes (¿año de diagnóstico?) ___ ___ Complicaciones _____

NEPHROLOGICAL

___ Angina

___ Problemas Circulatorios

___ Nefritis

___ Flebitis

___ Enfermedad Renal

___ Rheumatic Fever

MUSCULOESQUELÉTICO

___ Artritis

___ Fracturas

___ Gota

___ Dolor en articulaciones

HEMATOLÓGICO

___ Anemia

___ Tendencia a Sangrado

___ Hepatitis/Ictericia

___ VIH/SIDA

___ Glándulas Inflamadas

GASTROINTESTINAL

___ Sangre en Heces

___ Colitis

___ Cáncer de Colon

___ Hernia Hiatal

___ Náuseas/Vómitos

___ Úlceras

PIEL

___ Erupciones/Urticaria

___ Herpes zóster

RESPIRATORIO

___ Bronquitis

___ Enfisema

___ Insuficiencia respiratoria

NEUROLÓGICO

___ Enfermedad de Parkinson

___ Convulsiones

___ Embolia

CONSTITUCIONAL

___ Cambios en Appetito

___ Cáncer

___ Escalofríos

___ Depresión

___ Pérdida de Peso

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Fecha _____

GINECOLÓGICO

- Cáncer de Mama
- Menstruaciones intensas
- Sustitución de Hormonas
- Periodos irregulares
- Menopausia
- Quiste/Cáncer de Ovario
- SOP
- Cáncer de Útero o Cuello de Útero

UROLÓGICO

- Sangre en Orina
- Quemazón al Orinar
- Cáncer
- Dolor/Urgencia/Frecuencia
- Piedras
- Problemas para Vaciar Vejiga

CARDIOVASCULAR

- Arritmia
- Presión Sanguínea Alta
- Enfermedad de Ataque Cardíaco (angioplastia, stents, bypass femoro-poplíteo, amputaciones)
- Vascular periférica
- Embolia
- Enfermedad Valvular
- Soplo Cardíaco

Otros _____

Inventario de Disfunciones de Suelo Pélvico

INSTRUCCIONES

Este cuestionario es necesario para que su médico sepa cómo abordar mejor cada uno de sus problemas. Usted será evaluada por un especialista en uroginecología que se centra en trastornos del suelo pélvico que implican condiciones intestinales, de vejiga y pélvicas.

Por favor, responda a TODAS las preguntas de la siguiente encuesta (anverso/reverso). Estos son síntomas que recientemente le han estado molestando durante el último año que la hacen acudir al uroginecólogo. Esto debería tomarle cinco minutos para completar.

Cada pregunta tiene dos partes

1. Primero marque el recuadro SÍ o NO si tiene el síntoma.
2. Después, si usted contesta SÍ, por favor, seleccione uno de sus recuadros indicando cuánta molestia le está causando el síntoma.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, elija la respuesta única que sea la mejor.

Por favor, ignore las secciones de puntaje. Estas son para que su proveedor las complete si es necesario.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.

PFDI-20 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____ Número de I.D. _____
Centro de Investigación _____

POPDI-6

Pre 3 m 6 m 12 m 24 m 36 m 60 m

1. ¿Siente habitualmente **presión en** la parte baja del abdomen?

No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ___

2. ¿Siente habitualmente **pesadez o adormecimiento** en la zona pélvica?

No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ___

3. ¿Tiene normalmente un abultamiento o algo que sale hacia afuera que puede ver o sentir en su zona vaginal?

No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ___

4. ¿Alguna vez tiene que empujar sobre su vagina o alrededor de su recto para poder defecar o acabar de defecar?

No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ___

5. ¿Tiene alguna vez sensación de no vaciar la vejiga por completo?

No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ___

6. ¿Alguna vez tiene que empujar un abultamiento en la zona vaginal con los dedos para comenzar o acabar de orinar?

No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ___

POPDI-6 Total x 25 = ___

PFDI-20 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ Fecha _____ Número de I.D. _____
Centro de Investigación _____

CRADI-8

7. ¿Tiene la sensación de tener que pujar mucho para poder defecar?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
8. ¿Tiene usted la sensación de que no ha vaciado completamente el intestino tras haber defecado?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
9. ¿Tiene habitualmente pérdidas fecales involuntarias si sus heces están bien formadas?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
10. ¿Tiene habitualmente pérdidas fecales involuntarias si sus heces están sueltas?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
11. ¿Tiene usted habitualmente pérdidas involuntarias de gases desde el recto?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
12. ¿Tiene usted habitualmente dolor al defecar?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
13. ¿Tiene habitualmente una fuerte sensación de urgencia y tiene que correr al baño para defecar?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____
14. ¿Sobresale parte de su intestino por el ano mientras usted defeca o después de defecar?
 No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderadamente Bastante Puntaje ____

CRADI-8 Total x 25 = ____

PFIQ-7 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ Fecha _____ Número de I.D. _____
Centro de Investigación _____

UDI-6

15. ¿Habitualmente orina con frecuencia?

- No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderada-mente Bastante Puntaje ____

16. ¿Siente normalmente pérdidas de orina asociadas a sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de necesitar ir al baño?

- No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderada-mente Bastante Puntaje ____

17. ¿Sufre normalmente pérdidas de orina al toser, reír o estornudar?

- No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderada-mente Bastante Puntaje ____

18. ¿Sufre normalmente pequeñas pérdidas de orina (pequeñas gotas de orina)?

- No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderada-mente Bastante Puntaje ____

19. ¿Siente normalmente dificultad para vaciar la vejiga?

- No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderada-mente Bastante Puntaje ____

20. ¿Siente normalmente dolor o malestar en la parte baja del abdomen o zona genital?

- No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?
 Nada en absoluto Algo Moderada-mente Bastante Puntaje ____

UDI-6 Total x 25 = ____

Puntajes de la escala: Obtenga el valor promedio de todos los apartados contestados dentro de la escala correspondiente (valor posible 0 – 4) y después multiplique por 25 para obtener el puntaje de la escala (rango 0 – 100). Los apartados que falten se completan utilizando el promedio solo de los apartados contestados.

POPDI-6 _____

CRADI-8 _____

UDI-6 _____

Resumen de Puntaje del PFDI-20: Añada los puntajes de las tres escalas juntas para obtener el resumen de puntaje (rango 0 – 100)

Puntaje PFDI-20 _____

PFIQ-7 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ Fecha _____ Número de I.D. _____
 Centro de Investigación _____

Pre 3 m 6 m 12 m 24 m 36 m 60 m

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE SUELO PÉLVICO— FORMULARIO CORTO 7

Instrucciones: Algunas mujeres encuentran que los síntomas de vejiga, intestinales o vaginales afectan a sus actividades, relaciones y sentimientos. Para cada pregunta escriba una X en la respuesta que describa mejor cuántas de sus actividades, relaciones y sentimientos se han visto afectados por sus síntomas o condiciones de vejiga, intestinales o vaginales durante los últimos tres meses. Por favor, asegúrese que marca una respuesta en las tres columnas para cada pregunta.

¿Cómo afectan los síntomas o condiciones a continuación a su(s):	Vejiga u Orina	Intestino o Recto	Vagina o Pelvis
1. Capacidad de realizar las tareas de la casa (cocinar, lavandería, limpieza)?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
2. Capacidad de realizar actividades físicas como caminar, nadar u otros ejercicios?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
3. Actividades de ocio, como ir al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
4. Capacidad de viajar en coche o en autobús una distancia superior a 30 minutos desde su casa??	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
5. Participar en actividades sociales fuera de su hogar?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
6. Salud emocional (nervios, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7. Sentirse frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante

Cálculo de puntaje del PFIQ-7

Total x 100

x 100

x 100

Todos los apartados utilizan la siguiente escala de respuestas: 0, Nada en absoluto; 1, Algo; 2, Moderadamente; 3, Bastante

Puntaje de PFIQ-7 _____

Escalas: Cuestionario de Impacto Urinario (UIQ-7): Siete apartados bajo el encabezado de columna "Vejiga u Orina" Cuestionario de Impacto Colorrectal-Anal (CRAIQ-7): Siete apartados bajo el encabezado de columna "Intestino o Recto" Cuestionario de Impacto de Prolapso de Órgano Pélvico (POPIQ-7): Siete apartados bajo el encabezado de columna "Pelvis o Vagina."

Puntajes de Escalas: Obtenga el valor promedio de todos los apartados respondidos dentro de la escala correspondiente (valor posible 0 – 3) y después multiplique por (100/3) para obtener el puntaje de la escala (rango 0 – 100). Los apartados incompletos se cubren utilizando el promedio solo de los apartados respondidos.

Resumen de Puntaje del PFIQ: Sume las puntuaciones de las tres escalas para obtener el resumen de puntaje (rango 0 – 300).

Formulario de Consentimiento para Receta Electrónica

La receta electrónica (en inglés, ePrescribing) se define como la capacidad de un médico de enviar electrónicamente una receta correcta, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un factor importante para mejorar la calidad de atención al paciente. La receta electrónica reduce en gran medida los errores de medicación e incrementa la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus siglas en inglés) de 2003 enumera los estándares que deben incluirse en un programa de receta electrónica, que incluyen:

- Formulario y transacciones de beneficios: proporciona a quien prescribe información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones de historial de medicamentos: proporciona al médico información sobre medicamentos que ya está tomando el paciente para minimizar el número de eventos adversos de medicamentos.
- Notificación de situación de receta surtida: permite a quien prescribe recibir una notificación electrónica de la farmacia diciéndole si la receta del paciente ha sido recogida, no ha sido recogida, o se ha surtido parcialmente.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Community Memorial Healthcare puedan solicitar y utilizar su historial de medicamentos con receta de otros proveedores de salud y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

He tenido ocasión de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria para mí.

Nombre del Paciente con Letra de Imprenta _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____

Firma del Paciente o del Tutor _____

Fecha _____

Relación con el Paciente _____

Nombre de la Farmacia _____

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Legal Advice Disclaimer

This document and the information on it do not constitute legal advice. It is also not a substitute for legal or other professional advice. Users should consult their own legal counsel for advice regarding the application of the law and this document as it applies to HIPAA regulations.

Patient Name _____

I hereby acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices statement of Community Memorial Healthcare.

Signature of Patient _____

Date _____

Reconocimiento del Aviso de las Practicas de Privacidad

Este documento y la información en él no constituyen asesoramiento legal, ni sustituyen a asesoramiento legal u otro consejo profesional. Los usuarios deben consultar a sus propios consejeros legales para recibir asesoramiento con respecto a la aplicación de la ley y de este documento en el sentido en que se aplica a las regulaciones de HIPAA.

Nombre del Paciente _____

Yo reconozco por este medio que he recibido el aviso de la Declaracion de las Prácticas de Privacidad de Community Memorial Healthcare.

Firma _____

Fecha _____

Para completar por parte del Personal:

Completar si se ha solicitado firma pero no se ha obtenido.

El miembro del personal intentó, pero no pudo obtener un reconocimiento del paciente o del representante personal del paciente por el motivo siguiente:

El paciente/representante personal se negó a firmar el formulario.

Otro _____



ADM103

Identificación del paciente

Autorización para Divulgar Información Médica a Personas/Familiares

Conforme a las reglas de privacidad del gobierno federal, implementadas mediante la Ley de Portabilidad de la Atención Sanitaria (HIPPA) de 1996, para que los médicos o el personal de Community Memorial Healthcare divulguen su información médica, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. Sin embargo, en caso de un episodio crítico, o si usted no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición, la ley dispone que estas reglas pueden dispensarse. Por favor, indique sus preferencias a continuación.

Nombre del Paciente _____

Dirección Postal _____

Teléfono de Contacto _____

Autorizo a Community Memorial Healthcare a enviar cartas que contengan parte o la totalidad de mi información médica, incluyendo resultados de pruebas y recomendaciones, a la dirección que se proporciona más arriba.

Autorizo a Community Memorial Healthcare a dejar mensajes en el correo de voz en el número de teléfono que se proporciona más arriba.

Autorizo a Community Memorial Healthcare a divulgar verbalmente cualquier o toda la información respecto de mi atención médica a la(s) siguiente(s) persona(s).

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Entiendo que es responsabilidad mía informar con prontitud a Community Memorial Healthcare por escrito sobre cualquier cambio que yo desee realizar en esta autorización. Esta autorización seguirá en vigor hasta _____ (sin exceder los 24 meses).

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Testigo _____