

Premier Urogynecology of North Texas
Patient Intake Questionnaire

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Proveedor de referencia: _____ Direccion: _____

Nombre del Proveedor de atencion primaria(si es diferente) (PCP): _____

Direccion: _____

I. RAZON POR SU VISITA HOY?

NOTAS PARA EL PROVEEDOR (NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO)

II. HISTORIA DE EMBARAZOS

Total numero de embarazos _____ Total numero de nacimientos vaginales _____
Total numero de nacimientos por cesarea _____ Total numero de aborto(s) o aborto espontaneo _____
Tamano del bebe mas grande _____ Complicaciones? Si No Si si porfavor explique _____
Se uso alguno de estos metodos? Entrega de forceps Entrega de vacio

III. HISTORIA GINECOLOGICA

Edad de primera menstruacion _____ Interval _____ dias Duracion _____ dias
Fecha de su ultimo menstruacion _____
Ha pasodo por menopausia? Si No Si si, a que edad? _____
Fecha de su ultima prueba de Papanicolaou _____
Ha tenido un Papanicolaou abnormal? Si No
Tiene o ha tenido cancer de mama, ovario, matriz, o cerviz? Si No Si si, a que edad? _____
Has estado sexualmente activo en el ultimo ano? Si No
Tiene relaciones sexuales dolorosas? Si No
Tine algunos de estos sintomas hoy?
 Descarga Vaginal Sangre Vaginal Periodos Pesados Periodos Dolorosos

VIII. ALERGIA

S Si No

(Incluir medicamentos, alimentos, colorantes de radiografía) o circule **NINGUNA CONOCIDA**.

Nombre del alérgeno	Tipo de reacción

IX. HISTORIA SOCIAL

Esta actualmente soltera casada divorciada viuda

Esta actualmente retirada empleada empleada tiempo parcial desempleada estudiante

Que es o era su ocupación? _____

Ciudad donde vive actualmente? _____

Cualquier levantamiento agitado en casa o trabajo? Si No

Hace ejercicio regularmente? Si No

Cualquier historia de las drogas de la calle? Si No

Fuma usted actualmente? Si No

Numero de cigarrillos al día ____ cuantos años? _____

Has dejado de fumar? Si No Si si, cuando? _____

Tomas alcohol? Si No Si si, cuanto por día? _____

Tomas café, el té, o soda? Si No Si si, cuanto por día? _____

X. FAMILY HISTORY

Alguien de su familia (primer grado) sufre de estas enfermedades? (Compruebe los que se aplican)

La Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	La Hipertensión	<input type="checkbox"/>	El Golpe	<input type="checkbox"/>
La Diabetes	<input type="checkbox"/>	La Artritis	<input type="checkbox"/>	Prolapso Pelvico	<input type="checkbox"/>
La Incontinencia	<input type="checkbox"/>	El Coagulo de Sangre	<input type="checkbox"/>	El Ataque	<input type="checkbox"/>
Trastorno Psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	La Obesidad	<input type="checkbox"/>	Cancer del Mama	<input type="checkbox"/>
Cancer del Ovarico	<input type="checkbox"/>	Cancer Uterino	<input type="checkbox"/>	Cancer del Colon	<input type="checkbox"/>
Otro Cancer	<input type="checkbox"/>	Tipo? _____			

QUEJAS ACTUALES (Revision de sistemas)

Tiene usted actualmente alguno de estos síntomas?:

General	No	Si	Eyes, Ears, Nose & Throat	No	Si
El Adelgazamiento			Problemas visuales		
El Aumento de peso			Problemas de Audición		
Fiebre/Enfriar			Hemorragias nasales		
Sudores nocturnos			Problemas sinusales		
Fatiga excesiva			El dolor de garganta		
Endocrino	No	Si	Respiratory	No	Si
Intolerancia al calor			Falta de aliento		
Intolerancia al frío			Tos crónica		
Sed anormal			La sibilancia ruidosa		
Crecimiento anormal del vello			El dolor en el pecho		
Cardiovascular	No	Si	Gastrointestinal	No	Si
Tolerancia al ejercicio limitado			Sangre en las heces		
Palpitaciones			Acidez estomacal frecuente		
Hinchazón de la pierna			Dolor abdominal		
Las varices			La diarrea o estreñimiento		

<u>Urinario</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>La Piel</u>	<u>NO</u>	<u>Si</u>
Gotea orina?			El picor		
Sangre en la orina?			El sarpullido/ la erupcion		
Es dificil orinar?			Nuevos lunares o lesiones		
Cualquier abultamiento en la vagina?					
<u>Neurologico</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Muscular Esqueletico</u>	<u>NO</u>	<u>Si</u>
La migraña			Rigidez articular		
Entumecimiento de las extremidades			Dolor articular		
Mareos frecuentes			Hinchazon articular		
La perdida de la memoria			Dolor de espalda		
<u>La hematologia</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Psychosocial</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>
Hematomas Faciles			Dificil dormir		
Encias sangrantes			Ataques de ansiedad o panico		
Sangrado prolongado			La depresion		
Problemas de coagulacion					

Preguntas adicionales sobre la fuga urinaria (la incontinencia) y su vejiga.

Cuanto tiempo ha tenido una fuga urinaria significativa? _____ (estado 0 si ninguno)

Que se utiliza para la proteccion cuando se filtra?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Almohadillas pesadas |
| <input type="checkbox"/> Pantyliner ligero o fino? | <input type="checkbox"/> Panales/ Escritos de incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Almohadillas regulares | <input type="checkbox"/> Toalla o cambio de ropa |

Si usted utiliza la proteccion de cuantos **en promedio** se utiliza diariamente? _____ No Si

- Pierde la orina mientras todavia esta dormida? No Si
- Usted regate la orina justo despues de vaciar su vejiga? No Si
- Alguna vez ha tenido sangre en la orina? No Si
- Alguna vez tuviste una infeccion en el tracto urinario o una infeccion en la vejiga?
Si si, cuantas en el ultimo ano? _____ No Si
- Tienes ardor al orinar hoy? No Si
- Tuviste problemas para mantener la orina como un nino (orinarse en la cama) ? No Si
- Alguna vez has visto a un urologo antes? No Si
- Alguna vez te diagnosticaron cistitis intersticial? No Si
- Ha tenido dialation (estiramiento) de la uretra?
Si si, cuando? _____ Cuantos? _____ No Si
- Ha tenido una inyeccion uretral con colageno, Durasphere, coaptite, o Macroplastique?
Si si, cuando? _____ Cuantos? _____ (circulo si usted sabe) No Si