



Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Nombre Preferido Llamarse: _____

Referido de: _____

Motivo de visita: Anual Problema

Su problema: _____

Enumere los Medicamentos que esta tomando actualmente:					
Nombre de Drogas	Dosis	Medico	Nombre de Drogas	Dosis	Medico
SUS ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS (GUANTES DE LATEX, ECT...)		LISTA:			

GYN	SI	NO		SI	NO
Anemia			Hepatitis / ictericia		
Ansiedad			Herpes / HSV		
Artritis y dolor articular			Presion Alta		
Asma			Colesterol alto		
Transfusiones de sangre			VIH / SIDA		
Cáncer de mama			Infecciones renales y las infecciones de tracto urinario		
Otro tipo de Cáncer			Cálculos renales		
Clamidia			Neumonía		
Enfermedad pulmonar crónica			Fiebre reumática		
Depresión			Trastornos del humor		
Diabetes			Derrame		
Trastorno alimentario			Sífilis		
Fractura			Tuberculosis - TB		
Problemas gastrointestinales			Ligadura de trompas		
Glaucoma			Enfermedad de tiroides		
Gonorrea / GC			Ulceras		
Problemas de corazón			Otros:		

GYN			
Circula si alguien de su familia han tenido lo siguiente:			
PRINCIPALES ENFERMEDADES	Si	NO	Que familiar: de la Madre o del Padre
Anemia			
Artritis			
Asma			
Problemas intestinales y úlceras			
Cáncer de mama			
Cáncer			
Enfermedad pulmonar crónica			
Depresión			
Diabetes			
Glaucoma			
Problemas/murmullo del corazón			
Hepatitis/ictericia			
Presión alta			
Colesterol alto			
Las infecciones renales			
Derrame			
Enfermedad de la tiroides			
Tuberculosis – TB			
Otros:			

GYN CUANDO FUE SU ÚLTIMA PRUEBA O INMUNIZACION?			
Vacuna Antigripal (flu)	Fecha		Fecha
Neumonía		Prueba de Piel - TB	
Varicela		Tétanos	
ENUMERE CUALQUIER PASADO LESIONES O ENFERMEDADES:			
TIPO	FECHA	TIPO	FECHA
ENUMERE LAS OPERACIONES Y HOSPITALIZACIONES:			
CIRUGIA / HOPITALIZACION / RAZON	FECHA	CIRUGIA / HOPITALIZACION / RAZON	FECHA

SU HISTORIA OBSTETRICA	NUMERO		NUMERO
NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS		Nacimientos de termino completo	
Parto prematuro (menos de 37 semanas)		Abortos / terminación	
Abortos espontáneos		Niños vivos	

SU HISTORIA DE GINECOLOGIA

Esta usando algo para evitar embarazo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Condón	<input type="checkbox"/> Nuvaring (anillo)
<input type="checkbox"/> Depo Provera	<input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Dispositivo	<input type="checkbox"/> Familia Plan / ritmo natural
- Fecha insertado:	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Pastilla Anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Vasectomía
- Nombre:	<input type="checkbox"/> Retirada
<input type="checkbox"/> Espuma/jalea anticonceptiva	<input type="checkbox"/> Otro:
Que pruebas ha hecho y cuando?	
Densidad ósea _____ Mamografía _____	
Colonoscopia y sigmoidoscopia _____ Ultimo Papanicolaou normal _____	
Ultimo Papanicolaou anormal _____	
Tratamiento anterior de Papanicolaou anormal _____	
Que edad tenia su primer periodo? : _____	
Cada cuantos días te baja la regla? _____ días	
Cuantos días te dura la regla? _____ días	Flujo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pesado
Fecha del ultimo periodo: _____	Esta segura de la fecha? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Era un periodo normal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

GYN

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Enumere los Hábitos	
Usas un cinturón?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Hace un auto examen de seno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Como a menudo: _____
Hace ejercicio?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Menos de 3 veces por semana <input type="checkbox"/> Mas de 3 veces por semana
Primera relación sexual a edad: _____ Nuevo socio sexual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
Parejas sexuales de por vida	<input type="checkbox"/> Menos de 5 <input type="checkbox"/> Mas de 5
Fumar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE
Paquetes por día: _____	numero de anos: _____ detenido _____ anos
Alcohol	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente
Bebidas por día: _____	Bebidas por semana: _____
Usuario de drogas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente
Tipo: _____	Frecuencia: _____
Historia de abuso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Sexual	
Ocupación: _____	
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Otro _____
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda

Estudio de vejiga y salud pélvica

¿Qué síntomas mejores se describen? Compruebe todo lo que corresponda.

- Frecuencia urinaria: día, noche, o ambos
- Tiene urgencia urinaria de momento fuerte?
- Si le sale el orina, con poca o ninguna advertencia: a veces no se puede hacer al baño en tiempo
- Puede vaciar la vejiga - ha podido se siente como que hay más aun después de anular
- Si le sale el orina accidental con la actividad física como ejercicio, estornudos o tos
- Dolor de Vejiga o dolor pélvico
- No tengo problemas de vejiga (no es necesario para continuar la encuesta)

¿Cuánto tiempo ha tenido alguno de estos síntomas? _____

¿Que síntoma le molesta mas para usted? _____

Has probado medicamentos para ayudar a los síntomas de la vejiga? Sí No

En caso afirmativo, comprobar los medicamentos que ha probado:

- Detrol LA
- Elavil
- Oxybutynin
- Toviaz
- Ditropan XL
- Elmiron
- Oxytrol Patch
- Vesicare
- Enablex
- Gelnique
- Sanctura XR
- Otro _____

Indique el número indicado alejo en relación el tratamiento con medicamento:

Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún alivio

completamente curado

Usted sigue tomando cualquiera de estos medicamentos? Sí No

Si No, ¿por qué ha detenido de tomarlos?

- No funcionó como se esperaba
- Efectos secundarios
- Gastos
- Interacción con otros medicamentos
- Otros

Si los efectos secundarios u otros, explique: _____

¿Trataron de modificaciones conductuales? _____

(i.e. -reduces la ingesta de líquidos, reducción de cafeína; Ejercicios de Kegel; terapia física; cambios de estilo de vida)

¿Cuál es su nivel de frustración con los síntomas de la vejiga? Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No frustrado

muy frustrado

¿Tienes algún problema con la función intestinal?

- Incontinencia fecal
- Del estreñimiento
- otros
- ninguno

¿Estás interesado en aprender más acerca de las alternativas de tratamiento adicional a los medicamentos de vejiga?

Si o No