



WOMEN'S PELVIC RESTORATIVE
CENTER

Ginger N. Cathey, M.D.

Kimberly R. Miller-Miles, M.D. • Hilaire W. Fisher, M.D.

Fecha de nombramiento: _____ Tiempo: _____

Estimado paciente:

Bienvenido a nuestra clínica. Esta carta es para confirmar su cita. Por favor, llegue 30 minutos antes de su cita. Complete su formulario antes de llegar. Si llega tarde o no completa la documentación, su cita podría ser reprogramada. Primero debe pasar por el mostrador de registro. Traiga una copia de su tarjeta de seguro médico. Todos los copagos deben abonarse en cada visita. Si tiene alguna pregunta o inquietud antes de su visita, no dude en llamar a nuestra clínica.

La evaluación de la disfunción del suelo pélvico requiere tiempo. No se puede realizar en una sola visita. Generalmente se requieren un mínimo de tres a cinco visitas. Por lo tanto, ya hemos programado su próxima consulta. Es posible que necesite pruebas adicionales antes de esta.

Hemos tenido mucho cuidado para minimizar el número de visitas necesarias, en parte proporcionándole los formularios adjuntos. Esto le permite recopilar la información médica necesaria con tranquilidad y reduce el número de visitas necesarias para tratar su afección. Sabemos que la información solicitada es extensa y completa. Es posible que necesite la ayuda de un familiar, un amigo o información de su médico para completar estos documentos. **POR FAVOR, TRAIGA LOS FORMULARIOS COMPLETADOS A SU VISITA PROGRAMADA.** Adjunto encontrará:

1. Historial urinario y de prolapso
2. Historial médico
3. Diario de la vejiga (instrucciones adjuntas)

Además, si se ha sometido a una cirugía pélvica previa, por favor, traiga una copia o solicite que su cirujano o el hospital donde se realizó la cirugía nos envíen una copia del/de los INFORME(S) OPERATORIO(S). Si ha tenido infecciones de vejiga recientes, por favor, proporciónenos copias de sus urocultivos.

Revisaremos estos formularios con usted durante su visita. Esta información es fundamental para la evaluación adecuada de su condición. Si no la tiene, podría requerir visitas adicionales.



Qué esperar en su primera visita:

Dado que le realizaremos un examen físico, le sugerimos que use ropa cómoda y fácil de quitar. En esta primera visita, le realizaremos un examen pélvico que incluye un cateterismo y la medición de sus órganos pélvicos para determinar su soporte pélvico. El examen no suele ser más incómodo que otros exámenes pélvicos, pero puede tardar más. No se preocupe si no entiende nuestra conversación durante el examen, ya que se lo explicaremos después.

Después de su examen, le pediremos que se vista y le comentaremos nuestros hallazgos y recomendaciones. En la mayoría de los casos, no podemos recomendarle un tratamiento definitivo sin realizarle más pruebas, pero le proporcionaremos información sobre su afección para que la lleve a casa y la lea. Esto le permitirá familiarizarse con la información que podríamos comentar en futuras visitas. Esta información es su tarea. Es fundamental que la lea para comprender las implicaciones de su afección, así como los riesgos, beneficios y expectativas con respecto a las opciones de tratamiento.

Si sus circunstancias son diferentes y solo desea tener una visita para una consulta de discusión sin evaluación, por favor infórmeselo a nuestra enfermera.

Como cortesía al personal y a los demás pacientes, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Además, las citas tienen una duración determinada. Respete el tiempo de los demás pacientes. Si considera que necesita más tiempo para hablar sobre su estado de salud, por favor, programe una cita de seguimiento.

Si tiene alguna pregunta antes de su visita, no dude en llamarnos. Esperamos conocerle.

Atentamente,

Ginger Cathey, MD



**WOMEN'S PELVIC RESTORATIVE
CENTER**

**Ginger N. Cathey, MD
Urogynecology**

www.pelvicrestorativecenter.com
7900 Fannin, Suite 3600
Houston, TX 77054
713-512-7800

Nombre: _____

Fecha de cita : _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Razon de la visita: _____

Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de los siguientes médicos o proveedores de atención médica:

¿Quién te refirió a nosotros? _____

¿Quién es tu médico de atención primaria? _____

¿Quién es tu ginecólogo habitual? _____

¿Ves alguna especialista?

Nombre, dirección, número de teléfono

Gastroenteróloga _____

Cardióloga _____

Uróloga _____

Cirujano colorrectal _____

Otra _____

Historia

INCONTINENCIA URINARIA

Sí No
Y N

¿Tiene pérdida accidental de orina? Do you have accidental loss of urine?

_____ ¿Cuántos meses o años lleva usted con pérdidas de orina? How long?

Y N

¿Usas toallas sanitarias para absorber la orina perdida?(
Do you wear pads to absorb lost urine?

_____ ¿Cuántas toallas sanitarias usas al día?
How many pads per day?

_____ ¿Cuántas veces vas al baño durante el día, desde que te despiertas por la mañana hasta que te vas a dormir por la noche?
How many trips to the bathroom do you make during the day from the time you wake up in the morning until the time you go to sleep at night?

_____ ¿Cuántas veces te despiertas durante la noche después de dormir con ganas de orinar?
How many times are you awakened during the night after going to sleep by an urge to urinate?

Y N

¿El sonido, la vista o la sensación del agua corriendo le provoca pérdida de orina? Does the sound, sight or feel of running water cause you to lose urine?

Y N

¿Se pierde orina durante el acto sexual en la penetración?
Do you lose urine during the act of intercourse at penetration?

Y N

¿Se pierde orina durante el orgasmo? Do you lose urine during orgasm?

Y N

Pierde orina al toser, estornudar, correr o levantar objetos pesados.
I lose urine during coughing, sneezing, running or heavy lifting

Y N

Pierde orina con los cambios de postura, estando de pie o caminando.
I lose urine with changes in posture, standing or walking

Y N

Pierde orina continuamente, por lo que estoy constantemente mojado
.I lose urine continuously such that I am constantly wet

Y N

¿Ha tomado usted algún medicamento para prevenir la pérdida de orina? Have you taken medicine to prevent urine loss?
En caso afirmativo, nombre del medicamento

Y N

¿Le han realizado alguna cirugía para prevenir la pérdida de orina?
Have you had surgery to prevent urine loss?
Si es así, ¿se hizo a través de la vagina? vaginal
¿Se hizo a través del abdomen? abdominal

Y N

¿Notas goteo de orina al ponerte de pie después de orinar?
Do you notice any dribbling or urine when you stand after passing your urine?

Y N

¿Suele tener dificultad para iniciar el chorro de orina?
Do you usually have difficulty starting your stream of urine?

Y N

¿Alguna vez ha necesitado un catéter debido a la incapacidad para orinar? Have you ever required a catheter to pass urine?

- Y N ¿Siempre sientes que tu vejiga está vacía después de orinar?
Do you always feel that your bladder is empty after passing urine?
- Y N ¿Has visto sangre en tu orina? Have you seen any blood in your urine?
- Y N ¿Tienes ardor al orinar? Do you have any burning with urination?
- Y N ¿Ha tenido 3 o más infecciones del tracto urinario en el último año?
Have you had 3 or more urinary tract infections in the last year?

PROLAPSO GENITOURINARIO

- Y N ¿Tienes un bulto o una masa en la vagina?
Do you have a bulge or mass in your vagina?
- _____ ¿Cuántos meses o años hace que tienes este bulto o masa?
How many months or years have you had this bulge or mass?
- Y N ¿Has consultado a un médico por este bulto o masa en tu vagina?
Have you seen a doctor for this bulge or mass in your vagina?
- Y N ¿Has usado un pesario para este problema?
Have you worn a pessary for this problem?
- _____ Si es así, ¿cuántos meses o años ha usado este pesario?
If yes, how many months or years have you worn this pessary?
- Y N ¿Ha tenido alguna vez una cirugía por un bulto o masa en la vagina?
Have you had surgery in the past for a bulge or mass in the vagina?

INCONTINENCIA FECAL

- Y N ¿Tiene pérdida accidental de heces sólidas?
Do you have accidental loss of solid stool?
- Y N ¿Tiene pérdida accidental de heces líquidas?
Do you have accidental loss of liquid stool?
- Y N ¿Tiene pérdida accidental de gas? Do you have accidental loss of gas?
- ____yr____mo ¿Cuánto tiempo ha tenido pérdida accidental de heces o gases?
How long have you had accidental loss of stool or gas?
- Y N ¿Has consultado a un médico por este problema?
Have you seen a doctor for this problem?
- Y N ¿El problema de la pérdida accidental de heces comenzó después del parto? Did the problem with accidental loss of stool begin after childbirth?
- Y N ¿Usas almohadillas protectoras para este problema?
Do you wear protective pads for this problem?
- _____ ¿Cuántas toallas sanitarias usas cada día? How many pads do you wear each day?

- Y N ¿Es usted capaz de sentir la necesidad de defecar?
Are you able to sense the need to have a bowel movement?
- Y N ¿Es usted capaz de diferenciar entre heces sólidas, líquidas y gaseosas? Are you able to tell the difference between solid stool/liquid stool/gas?
- Y N ¿Te has sometido a una cirugía por este problema?
Have you had surgery for this problem?
- Y N ¿Ha habido algún cambio en sus hábitos intestinales recientemente?
Has there been a change in your bowel habits recently?
- Y N ¿Ha notado algún sangrado de color rojo brillante al evacuar sus intestinos? Have you noticed any bright red bleeding with your bowel movements?
- Y N ¿Ha notado heces negras o "alquitranadas"?
Have you noticed black or "tarry" stools?
- Y N ¿Le duelen las deposiciones? Are your bowel movements painful?

CONSTIPACIÓNCONS

- Y N ¿Tiene usted estreñimiento? Do you have constipation?
- Y N ¿Hace usted un esfuerzo excesivo para evacuar las heces más del 25% del tiempo? Do you excessively strain to pass stool more than 25% of the time?
- _____ ¿Cuántas deposiciones tienes cada semana?
How many bowel movements do you have each week?
- Y N ¿Tiene heces duras y pequeñas? Do you pass hard, small stool?
- __yr__mo ¿Cuántos meses o años llevas con estreñimiento?
How many months or years have you had constipation?
- Y N ¿Has consultado a un médico por este problema?
Have you seen a doctor for this problem?
- Y N ¿Utiliza algún medicamento o producto de venta libre para esto?
Do you use any medication or over the counter products for this?
Si es así, ¿qué has utilizado? _____
- Y N ¿Te has sometido a una cirugía por este problema?
Have you had surgery for this problem?
- Y N ¿Alguna vez has colocado la mano o los dedos en la vagina o entre la vagina y el recto para facilitar la evacuación intestinal?
Have you ever placed your hand or fingers in your vagina or between your vagina and rectum to help bring about a bowel movement?
- Y N ¿Tiene una sensación de vaciado incompleto después de defecar?
Do you have a feeling of incomplete emptying after bowel movements?
- Y N ¿Te has hecho una colonoscopia? Have you had a colonoscopy?
Fecha: _____ Resultados: _____

HISTORIAL GINECÓLICO PASADO

Última prueba de Papanicolaou (mes y año): Last pap test _____

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Have you ever had an abnormal pap smear? Si es así, ¿en qué año? _____

Última mamografía (mes y año): Last mammogram _____

¿Alguna vez has tenido una mamografía anormal? Have you ever had an abnormal mammogram?

Si es así, ¿en qué año? _____

Y N ¿Has pasado por la menopausia? Have you gone through menopause?
Si es así, ¿a qué edad pasó por la menopausia? _____ (age of menopause)

Y N ¿Tus periodos son regulares? ¿Cuántos días sangras? _____
Are your periods regular? How many days do you bleed?

Y N ¿Ha tenido sangrado o manchado vaginal desde la menopausia?
Have you had any vaginal bleeding or spotting since menopause?

Y N ¿Le han hecho una histerectomía? Have you had a hysterectomy?
En caso afirmativo, ¿se realizó por vía vaginal, abdominal o laparoscópica? (Marque con un círculo)

Y N ¿Tienes ovarios? Do you have your ovaries?

Y N ¿Le han realizado una cirugía por pérdida de orina?
Have you had surgery for leakage of urine?

Y N ¿Le han realizado una cirugía por prolapso o por "órganos pélvicos caídos"? Have you had surgery for prolapse, "bulges" or "fallen pelvic organs"?

HISTORIA OBSTÉTRICA PASADA

Número de embarazos Number of Pregnancies _____

Número de partos vaginales _____ Número de cesáreas _____

Terminaciones electivas _____ Abortos espontáneos _____ Ectópicos _____

Peso de la bebé más grande _____

HISTORIA SEXUAL

Y N ¿Sexualmente activo? Si no, ¿por qué? Por favor, marque con un círculo.
Sexually Active?

1. Sin pareja No partner

4. relaciones sexuales dolorosas Pain

2. Factor socio Partner factor

5. Debido a síntomas de abultamiento o fuga
Because of bulge or leak symptoms

3. Pérdida del deseo sexual Loss of sex drive

6. Otras Other _____

Partner: Male Female Both (Please circle)

Y N ¿Anticoncepción? Si es así, marque con un círculo. Contraception?

1. Ligadura de trompas Tubal ligation

5. Depo-provera

2. Pastillas anticonceptivas OCPS

6. Condones Condemns

3. Dispositivo intrauterino IUD

7. Posmenopáusica Postmenopausal

4. Vasectomía de pareja vasectomy

8. Otra _____

Y N Dolor durante las relaciones sexuales:
Pain with intercourse

CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES SURGERIES / HOSPITALIZATIONS

Fecha(s) y motivo(s) de la cirugía/hospitalización: Date(s) and reason(s) for surgery/hospitalization:

LESIONES/ENFERMEDADES INJURIES/ILLNESSES

Fecha(s) y descripción(es) de lesiones y/o enfermedades: Date(s) and description(s)

HISTORIAL MÉDICO PASADO

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes?

Y	N	Anemia	Y	N	Enfermedad gastrointestinal
Y	N	Problemas de anestesia	Y	N	Glaucoma
Y	N	Trastorno de ansiedad	Y	N	VIH/SIDA HIV/ AIDS
Y	N	Arritmia Arrythmia	Y	N	Hepatitis
Y	N	Artritis Arthritis	Y	N	Soplo cardíaco Heart Murmur
Y	N	Asma Asthma	Y	N	Enfermedad hepática
Y	N	Trastorno hemorrágico	Y	N	Colesterol alto
Y	N	Coágulos de sangre	Y	N	Hipertensión
Y	N	Cáncer de mama	Y	N	Síndrome del intestino irritable
Y	N	Cáncer _____	Y	N	Trastorno inmunológico
Y	N	accidentes cerebrovasculares	Y	N	Cálculos renales
Y	N	Enfermedad pulmonar crónica	Y	N	Infarto de miocardio MI
Y	N	Dolor crónico _____	Y	N	dolores de cabeza migrañosos
Y	N	Insuficiencia cardíaca congestive	Y	N	Trastorno neurológico ____
Y	N	Arteriopatía coronaria	Y	N	Osteoporosis
Y	N	Depresión Depression	Y	N	Enfermedad psiquiátrica
Y	N	Diabetes Mellitus	Y	N	Convulsiones/Epilepsia
Y	N	Diverticulitis	Y	N	Apnea del sueño Sleep Apnea
Y	N	Fibromialgia	Y	N	Trastorno de la piel Skin Disorder
Y	N	Reflujo gástrico/Úlceras	Y	N	Abuso de sustancias

Y	N	Enfermedad sexual STD	Otra
Y	N	Enfermedad renal	_____
Y	N	Enfermedad de la tiroides	_____

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún familiar consanguíneo ha tenido alguna de estas enfermedades?

SI	No	No lo sé		Relación
Y	N	?	Diabetes	_____
Y	N	?	accidentes cerebrovasculares	_____
Y	N	?	Cardiopatía	_____
Y	N	?	Hipertensión	_____
Y	N	?	Cáncer de mama	_____
Y	N	?	Cáncer de colon	_____
Y	N	?	Cáncer de ovario	_____
Y	N	?	Prolapso	_____
Y	N	?	Incontinencia urinaria	_____
Y	N	?	Incontinencia fecal	_____

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

¿Quién vive en tu casa contigo? _____
 Estado civil: Casada _____ Divorciada _____ Soltera _____ Viuda _____

Antecedentes étnicos: Caucásica _____ Afroamericana _____
 Hispana _____ Asiática _____ Otra _____

Y N ¿Tiene empleo? Si es así, ocupación.: _____

Y N ¿Su trabajo o pasatiempo requiere un trabajo físico pesado?

Educación

Nivel de educación: Hasta el 12º grado __ Más allá del 12__ Título universitario: _____

Hábitos personales

Y N De fumar Paquetes por día: _____ Años de uso: _____

Y N Alcohol Bebidas por día: _____ Bebidas por semana: _____

Y N Uso recreativo de drogas : ¿Qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

MEDICAMENTOS / PRODUCTOS / HIERBAS

(Por favor traiga los medicamentos en sus frascos originales para que los revisemos si no están registrados))

Nombre	Dosificación	Con qué frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias

_____	Síntomas: _____
_____	Síntomas:: _____
_____	Síntomas:: _____
_____	Síntomas: _____
_____	Síntomas:: _____
_____	Síntomas:: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque la casilla correspondiente si alguna de las siguientes situaciones le afecta y se trata de problemas que no se han evaluado previamente. Si la marca, explique la situación.

Notas

1. Constitucional

- | | | |
|--------------------|--------------------------|-------|
| Pérdida de peso | ☐ | _____ |
| Aumento de peso | ☐ | _____ |
| Fiebre/escalofríos | ☐ | _____ |
| Fatiga | ☐ | _____ |

2. Ojos

- | | | |
|----------------------|--------------------------|-------|
| Visión doble | ☐ | _____ |
| Manchas en los ojos | ☐ | _____ |
| Cambios en la visión | ☐ | _____ |

3. Oído, nariz, garganta, boca

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------|
| Dolores de oído | ☐ | _____ |
| Problemas de los senos paranasales | ☐ | _____ |
| Dolor de garganta | ☐ | _____ |
| Ulceras en la boca | ☐ | _____ |
| Problemas dentales | ☐ | _____ |

4. Cardiovascular

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Dolor en el pecho | ☐ | _____ |
| Dificultad para respirar al hacer esfuerzo | ☐ | _____ |
| Hinchazón de piernas | ☐ | _____ |
| Palpitaciones del corazón | ☐ | _____ |

5. Respiratoria

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| Sibilancias | ☐ | _____ |
| Escupiendo sangre | ☐ | _____ |
| Dificultad para respirar | ☐ | _____ |
| tos crónica | ☐ | _____ |

6. Gastrointestinal

- | | | |
|---------------------|--------------------------|-------|
| Dolor abdominal | ☐ | _____ |
| Sangre en las heces | ☐ | _____ |
| Náuseas/vómitos | ☐ | _____ |

7. Músculoesquelético

- | | | |
|--------------------|--------------------------|-------|
| debilidad muscular | ☐ | _____ |
| Dolor articular | ☐ | _____ |
| Dolor de espalda | ☐ | _____ |

REVISIÓN DE SISTEMAS - Continuación

Notas

- 8. Piel/Pecho**
- Dolor en el pecho ☐ _____
- Descargar ☐ _____
- Masas ☐ _____
- Erupción ☐ _____
- Úlceras ☐ _____
- 9. Neurológica**
- Mareos ☐ _____
- convulsiones ☐ _____
- Entumecimiento/hormigueo ☐ _____
- Dificultad para caminar ☐ _____
- 10. Psiquiátrica**
- Depresión ☐ _____
- Llanto frecuente ☐ _____
- Pensamientos de suicidio ☐ _____
- 11. Endocrina**
- Piel seca ☐ _____
- Sed anormal ☐ _____
- sofocos ☐ _____
- 12. Hematológico/linfático**
- moretones frecuentes ☐ _____
- Cortes que no paran de sangrar ☐ _____
- Ganglios linfáticos agrandados ☐ _____
- 13. Alérgica / inmunológica**
- Alergias ☐ _____
- Alergias a medicamentos/látex ☐ _____

Enumere cualquier otra inquietud que pueda tener con respecto a su historial médico y atención.

Completado por: Paciente ☐ Miembro de la familia ☐ Enfermera de oficina ☐

Firma de la paciente: _____

Revised: 07/24/25 GNC



WOMEN'S PELVIC RESTORATIVE CENTER

Política Financiera de la Clínica

Se aplicará un cargo de **\$25** por citas médicas omitidas o canceladas con menos de **24 horas** de anticipación. Para procedimientos omitidos o cancelados con menos de 24 horas de anticipación (tales como urodinamia, cistoscopia, etc.), el cargo será de **\$50**. Estos cargos no son facturables a su compañía de seguros; usted será el responsable directo de realizar este pago. Las citas omitidas a menudo significan que otro paciente no pudo ser atendido oportunamente. El incumplimiento repetido de sus citas programadas afecta nuestra capacidad de brindar una atención de calidad, por lo cual se le podría solicitar que continúe su tratamiento fuera de nuestra práctica médica. Por favor, sea cortés y cancele o re programe su cita lo antes posible.

Política de Reprogramación y Cancelación de Cirugías

Por favor, elija cuidadosamente la fecha de su cirugía antes de programarla. Coordinar una operación requiere el tiempo de nuestro personal, cirujanos, anestesiólogos y el hospital. Las cancelaciones de último momento generan gastos significativos y dejan vacíos en el quirófano que otros pacientes podrían aprovechar.

Puntos clave sobre pagos y cargos:

- **Pagos previos:** Deberá pagar cualquier deducible o coaseguro antes de su cirugía. Si la cirugía se cancela definitivamente, se le reembolsará el monto total.
- **Cancelación con menos de 2 semanas de aviso:** Se aplicará un cargo obligatorio de **\$100**. Este debe pagarse antes de volver a programar su fecha.
- **Cancelación con menos de 72 horas de aviso:** Se aplicará un cargo obligatorio de **\$200**. Este debe pagarse antes de volver a programar su fecha. **Nota importante:** Estos cargos no son cubiertos por su seguro médico; usted es el responsable del pago.

Por favor, sea cortés e informe a nuestro personal lo antes posible si decide reprogramar o

cancelar. **FMLA paperwork: Trámites o formularios de FMLA**

Se cobrará un cargo de **\$25** por cada solicitud de formularios FMLA

Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

Firma: _____