



WOMEN'S PELVIC RESTORATIVE CENTER

Centro de Restauración Pélvica Femenina

Hilaire W. Fisher, M.D.

7900 Fannin St Suite 3600 Houston Tx 77054

Esta carta es para confirmar su cita en el Centro de Restauración Pélvica Femenina.

- **Registro:** Por favor, regístrese **30 minutos antes** de su cita.
- **Antibióticos y Precauciones:** Si toma un antibiótico antes de ir al dentista o si tiene una válvula cardíaca artificial, un catéter o un marcapasos, por favor contacte a su médico de cabecera para que le aconseje sobre la necesidad de tomar un antibiótico antes de que le veamos.
- **Documentación:** Por favor, tómese unos minutos para revisar los papeles adjuntos. **POR FAVOR, TRAIGA LOS PAPELES COMPLETADOS A SU PRIMERA VISITA; PUEDE QUEDARSE CON LA PRIMERA PÁGINA PARA USTED.** Es posible que tengamos que reprogramar su cita si su papeleo no se completa a tiempo.
- **Citas:** Se han programado varias citas para usted, las cuales se enumeran al dorso de esta hoja. No todos los pacientes necesitan todas las citas, pero es más fácil cancelar una que añadir una en el último momento.

En el paquete adjunto encontrará:

1. **Historia clínica:** 2 páginas (frente y dorso).
2. **Diario miccional de 24 horas:** instrucciones en un lado y el formulario en blanco para llenar en el otro.
3. **Cuestionario miccional:** una página (frente y dorso).

Además, por favor traiga lo siguiente:

1. Una copia de su **informe de mamografía más reciente** (no la radiografía física).
2. Si ha tenido una cirugía pélvica previa, por favor pida que nos envíen una copia del **INFORME OPERATORIO** desde su cirujano o desde el hospital donde se realizó. No conocer el nombre exacto de la cirugía que tuvo puede limitar nuestra capacidad para ayudarla.
3. Traiga su **tarjeta de seguro médico**. Todos los copagos vencen al momento de cada visita.
4. **Políticas de la Clínica:**
 - No realizamos "doble reserva" de citas.
 - Como cortesía al personal y a otros pacientes, solicitamos un **aviso de 24 horas** si debe cancelar o reprogramar.
 - Los horarios de las citas son para un marco de tiempo específico. Si al concluir su tiempo necesita más tiempo para discutir su condición de salud, por favor coordine una cita de seguimiento.

Atentamente,

El personal del Centro de Restauración Pélvica Femenina

Centro de Restauración Pélvica Femenina

INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES

La incontinencia urinaria es una afección común; se estima que entre el 15% y el 30% de las mujeres entre ocurre después de una cirugía radical o con otros trastornos neurológicos .

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Los dos tipos más comunes de incontinencia son la **incontinencia urinaria de esfuerzo** y la **incontinencia de urgencia**. Ambos tipos pueden tratarse eficazmente mediante una combinación de técnicas de modificación de conducta y ejercicios para los músculos del suelo pélvico. Otras opciones de terapia incluyen la corrección quirúrgica para la incontinencia de esfuerzo y la terapia farmacológica para la inestabilidad del detrusor ("vejiga hiperactiva")

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** En la mayoría de los casos, se debe a una pérdida de soporte en la uretra, que es la estructura que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo. Cuando hay una pérdida de soporte, se pueden producir fugas de orina durante actividades que aumentan la presión abdominal (por ejemplo, toser, estornudar, hacer ejercicio aeróbico, levantar objetos, etc.). Las causas incluyen el parto, la tos crónica, el estreñimiento y otras condiciones que crean presión abdominal crónica.
- **Incontinencia de urgencia:** Es la pérdida de orina asociada a un deseo involuntario e incontrolable de orinar. Ocurre cuando el músculo de la vejiga se vuelve hiperactivo y deja de responder a los reflejos normales o a las órdenes cerebrales de relajarse. Esta hiperactividad se denomina **inestabilidad del detrusor** si no hay evidencia de un trastorno neurológico subyacente. Condiciones como accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple pueden provocar síntomas similares

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Existen numerosas opciones de tratamiento disponibles que se identifican mediante la evaluación de cada paciente. Las opciones ofrecidas en nuestra clínica incluyen, entre otras:

- Pesarios para la incontinencia urinaria y problemas de soporte pélvico.
- Instrucción en ejercicios de Kegel y Biofeedback.
- Modificación del estilo de vida y reentrenamiento vesical (horarios de micción).
- Manejo de medicamentos para la incontinencia.
- Terapia para estados inflamatorios de la vejiga.
- Cirugía para problemas de soporte pélvico e incontinencia de esfuerzo.
- Coordinación con otros servicios de apoyo (cirugía colorrectal, nutricionista certificado y fisioter

Centro de Restauración Pélvica Femenina

¿Quién le remitió a nuestra oficina?

- ☐ Por mi cuenta (Referencia propia)
- ☐ Un amigo/a _____
- ☐ Médico / Proveedor de atención médica _____

(Por favor incluya el número de teléfono del doctor)

Por favor, enumere el nombre (o los nombres) de su(s) médico(s) y la(s) dirección(es) de su(s) consultorio(s)

Nombre del Médico	Especialidad	Dirección del Consultorio / Número de Teléfono / Número de Fax

Por favor, enumere las farmacias que utiliza en caso de que necesitemos llamar para una receta médica

	Farmacia	Dirección	Número de teléfono
Local			
Pedido Correo			

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

INSTRUCCIONES: Por favor lea y complete. Gracias.

Nombre: _____

Fecha Completado: _____

Edad: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Por favor, escriba por qué viene a esta evaluación y qué resultados le gustaría obtener

Historial Obstétrico

Número de:

Embarazos: _____ Partos vaginales: _____ Peso de su bebe más grande: _____

Partos por cesárea: _____ Pérdidas espontáneas: _____ Abortos: _____

Método anticonceptivo actual: _____

Historial Ginecológico

Edad en que comenzaron sus períodos: _____ Fecha del último período: _____

¿Son sus períodos regulares? SI / NO

Número de días desde el inicio de un período al siguiente: _____

¿Cuánto tiempo dura su período?: _____

¿Ha pasado por la menopausia? Sí / No

Si respondió que (Sí), ¿a qué edad?: _____ Motivo de la menopausia: Natural / Histerectomía

¿Ha tenido algún sangrado desde la menopausia? SI / NO

¿Tiene usted alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--------------------------|
| ☐ ¿Sangrado entre periodos ? | Por cuánto tiempo: _____ |
| ☐ ¿Sangrado después de las relaciones sexuales ? | Por cuánto tiempo: _____ |
| ☐ ¿Períodos menstruales abundantes ? | Por cuánto tiempo: _____ |

¿Fecha de su última citología (Papanicolaou)? : _____ ¿Resultados? _____

¿Dónde se realizó la citología (Papanicolaou)? : _____ ¿Exposición a DES? SI / NO
El **DES (Dietilestilbestrol)** es un estrógeno sintético que se recetó a mujeres embarazadas entre **1940 y 1971** para prevenir abortos espontáneos.

Historial Ginecológico CONTINUACIÓN

¿Ha recibido algún tratamiento en el cuello uterino (cérvix)? SI / NO

- | | | |
|--|--------------|------------------------------|
| ☐ Cauterización | Fecha: _____ | Razon de tratamiento?: _____ |
| ☐ Criocirugía (o Crioterapia) | Fecha: _____ | Razon de tratamiento?: _____ |
| ☐ Otro | Fecha: _____ | Razon de tratamiento?: _____ |

Indique SI o NO

¿Infección en sus órganos femeninos? SI / NO Fecha: _____

¿Enfermedad venérea o de transmisión sexual? SI / NO Fecha: _____

¿Herpes? SI / NO Fecha: _____

¿Es usted sexualmente activa? SI / NO

¿Es su vida sexual satisfactoria para usted? SI / NO

¿Fecha de su última mamografía? _____ Resultado? _____

¿Dónde se realizó su mamografía? _____

Como adulto, ¿ha tenido alguno de los siguientes? (Si respondió que sí, marque la casilla):

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Infección de los riñones |
| ☐ Enfermedad de la tiroides | ☐ Asma / EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) Ictericia | ☐ Presión arterial alta (Hipertensión) | ☐ Prolapso de la válvula mitral |
| ☐ Enfermedad Neurológica | ☐ Tuberculosis | ☐ Diabetes | ☐ Ictericia |
| ☐ Derrame Cerebral | ☐ Otro _____ | | |
| | ☐ Otro _____ | | |

Antecedentes Quirúrgicos

FECHA	CIRUJIA	COMPLICACIONES SI APLICA

¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? SI / NO

En caso afirmativo, ¿tuvo alguna reacción?

Medicamentos

¿Realiza usted alguna de las siguientes actividades?

Fumar	SI / NO	¿Cuántas cajetillas al día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
Consumo de alcohol	SI / NO	
Consumo de drogas recreativas	SI / NO	
¿Tiene alergias a medicamentos?	SI / NO	Si la respuesta es sí, favor de listar _____

Favor de listar todos los medicamentos (Y DOSIS) que esté tomando actualmente, incluyendo vitaminas y anticonceptivos

DOSIS	NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Antecedentes Familiares

Favor de verificar si alguien en su familia tiene o ha tenido estas enfermedades e indique el parentesco

☐ Hipertensión	Relación familiar _____
☐ Derrame cerebral	Relación familiar _____
☐ Enfermedad cardíaca	Relación familiar _____
☐ Diabetes	Relación familiar _____
☐ Cáncer de mama	Relación familiar _____
☐ Otros tipos de cáncer	Relación familiar _____
☐ Otros antecedentes médicos	Relación familiar _____
☐ Otros antecedentes médicos	Relación familiar _____

Antecedentes Sociales Favor de responder

Estado civil actual: _____

Número de personas que viven en su hogar: _____

Su ocupación: _____

Ocupación de su cónyuge: _____

Hábitos de salud Favor de responder

¿Cuántas horas duerme por la noche? _____

¿Come comidas regulares, incluyendo el desayuno? _____

¿Comes pan y cereales integrales, frutas y verduras frescas a diario? _____

¿Hace ejercicio con regularidad? _____

En caso afirmativo, ¿qué tipo de ejercicio? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Qué hace para relajarse? _____

¿Se considera una persona sana? _____

Centro de Restauración Pélvica Femenina

Revisión de sistemas Indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas RECIENTEMENTE. Marque Sí o No. En caso afirmativo, explique. Marque "Sí" o "No" para cada respuesta. **No podremos verte hasta que cada pregunta haya sido marcada con Sí o No.** SIN EXCEPCIONES.

Síntomas constitucionales

FIEBRE SI / NO

ESCALOFRÍOS SÍ / NO

DOLOR DE CABEZA SÍ / NO

OTRO _____

OJOS

VISIÓN BORROSA SI / NO

VISIÓN DOBLE SI / NO

DOLOR SI / NO

OTRO _____

ALÉRGICO/ INMUNOLÓGICO

HAY FEVER SÍ / NO

ALERGIAS A MEDICAMENTOS SI / NO

OTRO _____

NEUROLÓGICO

TREMOS SI / NO

MAREOS SI / NO

ENTUMECIMIENTO/HORMIGUEO SÍ / NO

OTRO _____

ENDOCRINO

SED EXCESIVA SI / NO

DEMASIADO CALOR/FRÍO SI / NO

CANSADO/PEREZOSO SI / NO

OTRO _____

GASTROINTESTINAL

DOLOR ABDOMINAL SÍ / NO

NÁUSEAS/VÓMITOS SÍ / NO

INDIGESTIÓN/ACIDEZ ESTOMACAL S/N

SANGUÍNEA SI / NO

OTRO _____

CARDIOVASCULAR

DOLOR EN EL PECHO S/N

VARICOSE VEINS SÍ/ NO

PRESIÓN ARTERIAL ALTA S/N

OTRO _____

Excrecencias

ERUPCIÓN CUTÁNEA SI / NO

FORÚNCULOS SÍ / NO

PICAZÓN PERSISTENTE SI / NO

OTRO _____

MUSCULOCETAL

DOLOR ARTICULAR SI / NO

DOLOR DE CUELLO SI / NO

DOLOR DE ESPALDA SI / NO

OTRO _____

OÍDO/NARIZ/GARGANTA/BOCA

INFECCIÓN DE OÍDO SÍ / NO

DOLOR DE GARGANTA SI / NO

PROBLEMAS SINUSALES SÍ / NO

OTRO _____

Genitourinario

RETENCIÓN DE ORINA SI / NO

DOLOR AL ORINAR SI / NO

FRECUENCIA URINARIA SI / NO

OTRO _____

Respiratorio

SIBILANCIAS SI / NO

TOS FRECUENTE SI / NO

DIFICULTAD PARA RESPIRAR SI / NO

OTRO _____

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO SÍ / NO

GLÁNDULAS INFLAMADAS SI / NO

PROBLEMA DE COAGULACIÓN S/N

OTRO _____

PSICOLÓGICO

¿Estás generalmente satisfecho con tu vida? Sí/No

¿Te sientes muy deprimido? Y/N

¿Alguna vez has considerado el suicidio? T/N

Physician use only: (Comment/Notes)	# ANSWER	LEVEL OF SERVICE
	0-1	1 OR 2
	2-9	3
	>10	4 OR 5
MD/DATE: _____		

Centro de Restauración Pélvica Femenina

DR. HILAIRE WOOD FISHER
7900 FANNIN ST SUITE 3600 HOUSTON TX
713-512-7800

DIARIO MICCIONAL (UROLOG)

ESTA TABLA ES UN REGISTRO DE TUS MICCIONES (ORINA) Y PÉRDIDAS (INCONTINENCIA) DE ORINA. POR FAVOR, LEE LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y COMPLETA ESTA HOJA ANTES DE TU PRIMERA CITA. ELIGE UN PERIODO DE 24 HORAS PARA LLEVAR ESTE REGISTRO EN UN MOMENTO EN QUE PUEDAS MEDIR CADA MICCIÓN. COMIENZA LA TABLA CON LA PRIMERA MICCIÓN AL LEVANTARTE POR LA MAÑANA.

SOMOS CONSCIENTES DE QUE ESTO PUEDE SER UN INCONVENIENTE, PERO LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA ES MUY IMPORTANTE PARA EVALUAR SU PROBLEMA DE VEJIGA. ES POSIBLE QUE TENGAMOS QUE REPROGRAMAR SU CITA SI ESTE DIARIO NO ESTÁ DISPONIBLE EN SU PRIMERA CONSULTA.

PUEDE MEDIR LAS CANTIDADES EN ONZAS (OZ) O EN CENTÍMETROS CÚBICOS (CC), PERO POR FAVOR INDIQUE CUÁL DE LAS DOS ESTÁ USANDO.

NOTA: 1 TAZA = 8 ONZAS = 240 CC

1. **TIEMPO:** Registre la hora cada vez que orine, tenga una fuga o beba algo.
2. **CANTIDAD ORINADA:** Mida y anote la cantidad de orina eliminada.
3. **ACTIVIDAD:** Anote lo que estaba haciendo cuando tuvo una fuga o perdió el control de su vejiga. Algunos ejemplos son: levantarse de una silla, agacharse, pasar la aspiradora, trabajar en el jardín, lavar los platos, ducharse, etc. Si NO estaba haciendo nada activo, anote si estaba de pie, sentado o acostado.
4. **CANTIDAD FILTRADA:** Estime la cantidad que se le escapó de acuerdo con esta escala:

1 = Humedo, pocas gotas

2 = ropa interior o pañal (almohadilla) mojados

3 = pañal o ropa empapada, o la vejiga se vació por completo.
5. **URGENCIA PRESENTE:** Si tuvo ganas de orinar antes o en el momento de la pérdida, escriba **SÍ**. Si **NO** tuvo ganas o no se dio cuenta de que estaba orinando, escriba **No**
6. **CANTIDAD Y TIPO DE LÍQUIDO** : Mida y anote la cantidad y el tipo de todos los líquidos que beba.

Nombre: _____

Fecha: _____

DIARIO MICCIONAL (UROLOG)

Hora	Tipo de Bebida	Cantidad Bebida	Cantidad Orinada	Urgencia (SÍ / NO)	Actividad
6:45 am	Cafe	1 taza	8 onzas	si	caminar

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Experimenta usted lo siguiente? Y de ser así, ¿qué tanto le molesta?:	Nada	Un poco	Moderada mente	Mucho
1. ¿Pérdida de orina relacionada con la sensación de urgencia (deseo repentino de orinar)?	0	1	2	3
2. ¿Pérdida de orina relacionada con la actividad física, tos o estornudos?	0	1	2	3
3. ¿Pequeñas pérdidas de orina (gotas)?	0	1	2	3
4. ¿Dificultad para vaciar la vejiga?	0	1	2	3
5. ¿Dolor o molestias en la parte baja del abdomen o en la zona genital?	0	1	2	3

¿Cómo se sentiría al respecto si tuviera que vivir el resto de su vida con estos problemas urinarios? Por favor, marque con una "X" sobre la escala de abajo

Satisfecha

Terrible

--	--	--	--	--	--	--

A veces, la pérdida accidental de orina afecta sus actividades, relaciones y emociones. Para cada pregunta, marque con un círculo la opción que mejor describa cuánto le afecta este problema en su vida diaria.

¿La pérdida de orina ha afectado su...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho
¿Su capacidad para realizar tareas del hogar (cocinar, limpiar, lavar ropa)?	0	1	2	3
¿Sus actividades físicas o recreativas (caminar, nadar u otro ejercicio)?	0	1	2	3
¿Sus actividades de entretenimiento (ir al cine, conciertos, etc.)?	0	1	2	3
¿Su capacidad para viajar en coche o autobús más de 30 minutos fuera de casa?	0	1	2	3
¿Su participación en actividades sociales fuera de casa?	0	1	2	3

Nombre: _____

Fecha: _____

Estas preguntas tratan sobre los síntomas de pérdida de orina. Marque con una cruz el número que indique con qué frecuencia tiene cada síntoma.

	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Toser suavemente le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Toser fuerte le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Estornudar le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Levantar objetos le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Agacharse le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Reír le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Caminar rápido o trotar le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Hacer esfuerzo (pujar) si está estreñado(a) le provoca pérdida de orina	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Levantarse de una posición sentada a una posición de pie le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Con qué frecuencia pierde orina antes de poder controlarlo?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Con qué frecuencia pierde orina por no encontrar un baño disponible a tiempo?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Pierde orina cuando siente de repente que tiene la vejiga muy llena?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Lavarse las manos provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿El clima frío le provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente
¿Beber bebidas frías provoca pérdida de orina?	0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 Frecuente

Instrucciones

Algunas mujeres notan que sus síntomas urinarios, intestinales o vaginales afectan su vida diaria. Por favor, marque con una **X** la opción que mejor describa cuánto le han afectado estos síntomas en los últimos **3 meses**.

- Responda en **las 3 columnas** para cada pregunta.
 - Si **no tiene síntomas** en alguna de estas áreas, marque "**Nada**" en la columna correspondiente.
-

Ejemplo de cómo responder

Si sus síntomas de **vejiga** interfieren **moderadamente** con su capacidad para conducir, sus síntomas **intestinales interfieren un poco**, y sus síntomas **vaginales no interfieren** en absoluto (o no tiene síntomas vaginales), marque las casillas de la siguiente manera:

¿De qué manera los síntomas o condiciones relacionados con lo siguiente suelen afectar sus...	Vejiga u orina	Intestinos o recto	Vagina o pelvis
1. Capacidad para conducir un auto	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho

Por favor, consulte esta página para ver las instrucciones del siguiente gráfico en la próxima página

Nombre: _____

Fecha: _____

¿De qué manera los síntomas o condiciones relacionados con lo siguiente suelen afectar sus...?	Vejiga u orina	Intestinos o recto	Vagina o pelvis
1. Capacidad para hacer las tareas del hogar (cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa)	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho
2. Recreación física como caminar, nadar u otros ejercicios	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho
3. Actividades de entretenimiento (películas, conciertos, etc.)	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho
4. Capacidad para viajar en auto o autobús más de 30 minutos fuera de casa	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su hogar?	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho
6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho
7. ¿Sentimientos de frustración?	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho	☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderasion ☐ Mucho

Instrucciones para la Encuesta

Por favor, responde marcando con una **X** la casilla. Si no estás seguro de una respuesta, elige la que te parezca importante: Al responder, piensa únicamente en cómo te has sentido durante los **últimos 3 meses**.

1. ¿Suele experimentar presión en la parte baja del abdomen?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
2. ¿Suele experimentar pesadez o una sensación de embotamiento en la zona pélvica?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
3. ¿Suele tener un bulto o la sensación de que algo se está cayendo que pueda ver o sentir en la zona vaginal?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
4. ¿Suele tener que presionar la vagina o alrededor del recto para poder evacuar o completar una deposición?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
5. ¿Suele tener la sensación de que la vejiga no se ha vaciado por completo después de orinar?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
6. ¿Alguna vez ha tenido que empujar hacia arriba un bulto en la zona vaginal con los dedos para poder empezar o terminar de orinar?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
7. ¿Siente que tiene que hacer demasiado esfuerzo para poder evacuar?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
8. Siente que no ha evacuado completamente los intestinos al terminar de deponer?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
9. ¿Suele tener pérdidas de heces fuera de su control si la materia fecal es de consistencia sólida?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
10. Suele tener pérdidas de heces fuera de su control si la materia fecal es suelta o líquida?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho

11. ¿Se le escapan gases involuntariamente?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
12. ¿Siente dolor al evacuar o ir al baño?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
13. ¿Siente ganas urgentes de ir al baño y tiene que correr para evacuar?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
14. ¿Siente que se le sale una parte del recto hacia afuera al evacuar?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
15. ¿Siente ganas de orinar con mucha frecuencia?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto te molesta?	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
16. ¿Se le escapa la orina cuando siente ganas de ir al baño?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
17. ¿Se le escapa la orina al toser, estornudar o reír?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
18. ¿Se le escapan pequeñas cantidades de orina (gotas)?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
19. ¿Siente dificultad para vaciar completamente su vejiga?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Mucho
20. ¿Suele sentir dolor o molestia en la parte baja del abdomen o en la zona genital?	☐ No → Siguiente pregunta. ☐ Sí → ¿Qué tanto	1 Nada	2 Un poco	3 Moderasion	4 Much

Cuestionario de Función Sexual en el Prolapso de Órganos Pélvicos / Incontinencia Urinaria

(PISQ-12) Instrucciones: Las siguientes preguntas son sobre su vida sexual y la de su pareja. Toda la información es secreta y privada. Sus respuestas ayudarán a los médicos a entender mejor qué es lo más importante para las pacientes. Por favor, marque la casilla que mejor describa su situación. Al responder, piense en cómo ha sido su vida sexual en los últimos seis meses. Gracias por su ayuda.

1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este sentimiento puede incluir tener ganas de tener relaciones, planear tenerlas, sentirse frustrada por no tenerlas, etc.	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
2. ¿Llega al clímax (tiene un orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
3. ¿Se siente sexualmente excitada cuando tiene actividad sexual con su pareja?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
4. ¿Qué tan satisfecha está con la variedad de actividades sexuales en su vida sexual actual?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
6. ¿Se le escapa la orina (tiene pérdidas) durante la actividad sexual?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
7. ¿El miedo a perder el control de su vejiga o intestinos (orina o heces) limita su actividad sexual?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
8. ¿Evita tener relaciones sexuales debido a un bulto en la vagina (ya sea que sienta que la vejiga, el recto o la vagina se están saliendo)?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
9. Cuando tiene relaciones sexuales ¿tiene reacciones emocionales negativas como miedo, asco, vergüenza o culpa?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
10. ¿Tiene su pareja algún problema de erección que afecte su actividad sexual?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
11. ¿Tiene su pareja algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?	Siempre ☐	Casi Siempre ☐	A veces ☐	Pocas Veces ☐	Nunca ☐
12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿qué tan intensos han sido sus orgasmos en los últimos seis meses?	Mucho menos intensos ☐	Menos Intensos ☐	Igual de Intensos ☐	Mas Intensos ☐	Mucho más Intensos ☐

Nombre: _____

Fecha: _____

Escala de Bristol para la Forma de las Heces Instrucciones: Por favor, marque con una cruz en la casilla correspondiente a la descripción que mejor represente su hábito intestinal actual.

ESCALA DE BRISTOL			
☐	Tipo 1	Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes.	
☐	Tipo 2	Em forma de salsicha, mas com grumos.	
☐	Tipo 3	Em forma de salsicha, com fissuras à superfície.	
☐	Tipo 4	Em forma de salsicha ou cobra (mais finas), mas suaves e macias.	
☐	Tipo 5	Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem definidos e macias.	
☐	Tipo 6	Em pedaços esfarrapados.	
☐	Tipo 7	Líquidas.	

Si marcó la casilla del Tipo 1, Tipo 2 o Tipo 3: ¿Ha tenido heces de este tipo durante 3 meses o más?

☐ SI

☐ NO

¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas?

☐ SI

☐ No

Pérdida de peso involuntaria de más de 10 libras.

☐ Si

☐ No

Inicio de estreñimiento después de los 50 años que no ha sido evaluado por un gastroenterólogo

☐ Si

☐ No

Antecedentes familiares de cáncer de colon.

☐ Si

☐ No

Anemia



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 reprogramme 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: _____