1 4	
	(i) (ii)
a e	
	•, .
* * * *	
	Section 1997
·	
*	
	× **
	200
*	× ·
	40
	E
	×.
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
- L	
· ·	
W #	
a a	er en
	B



4735 Ogletown-Stanton Road, MAP II, Suite 1208 Newark DE 19713 Teléfono: (302) 623-4055 Fax: (302) 623-4056

Estimada			
¡Bienvenida al Centro de Urogineco	ología y Cirugía Pélvica de Christiana	Care!	
Su cita con est en la siguiente ubicación:	tá programada el	_ a las	a. m./p. m.
Medical Arts Pavilion (MAP) II, Suite 1208 4735 Ogletown-Stanton Road Newark, DE 19713	Smyrna Health & Wellness Center 100 S. Main Street, Suite 215 Smyrna, DE 19977	161 Wilmi	Care Concord Center ngton-West Chester Pik rd, PA 19317
Encontrará adjunto en este paquete u debe completar.	un formulario de historia clínica y una	lista de medi	icamentos actuales que
Mencione todos los medicamentos c los toma.	on la concentración y la cantidad que	toma y tambi	ién <u>la frecuencia</u> con que
Además, encontrará un <u>diario miccio</u> comprender mejor sus problemas co se encuentran en los mismos formula	onal y un <u>cuestionario sobre el suelo p</u> n el suelo pélvico. Las instrucciones p arios.	<u>élvico</u> . Estos ara completa	nos permiten r estos formularios
Si tiene alguna pregunta en relación número de teléfono que se menciona	con estos documentos, no dude en con más arriba.	nunicarse co	n nuestro consultorio al
	AmeriHealth, Aetna, Coventry, TR nes que necesite de su médico remiten		
	necesaria) antes del día de la cita y lle nos envíe por fax una copia antes del		
Si su seguro no está mencionado m su compañía de seguros para aclararl	ás arriba y no está segura sobre si se n o.	ecesita o no	una derivación, llame a
	gue un copago, venga preparada pa eques y las principales tarjetas de créd		
Esperamos verla pronto!			

Babak Vakili, MD

Matthew Fagan, MD

Howard Goldstein, DO

Leia Collins, PA-C

Emily Saks, MD

Atentamente,

Colleen DeTurk, NP



## Registro del paciente

Nombre del paciente: (Apellido)		(Nombre)	
(Segundo nombre)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Laboral:	Celular:
Comunicarse mediante: Teléfono			ónico:
Estado civil: Soltero Casado Di (SSN):	vorciado Viudo Separado E	En pareja Otro Númer	o de Seguridad Social
Raza: □ <u>Indio americano o nativo</u> □ <u>Negro o afroamericano</u> □ <u>Nati</u>	de Alaska_ □ <u>Asiático</u> □ <u>Asiát</u> vo de Hawái u otra isla del Pac		
Etnia: □ <u>Hispano o latino</u> □ <u>No hi</u> s	spano o latino □Otra o no dete	erminada Idioma preferido	:
Situación laboral: (Marque todas independiente □ Jubilado		po completo □ Tiempo par	
Proveedor de atención primaria: ַ			Teléfono:
10			
Farmacia preferida:			
Contacto de emergencia:			éfono:
Parte responsable (Parte respons	able del pago): Usted Có	nyuge Padre o madre	Otro
Nombre: (Apellido)	(Nombre	)	Fecha de nacimiento:
SSN:	Sexo: Hombre Muier	8 8	
Dirección:			
Dirección: Diudad:	Estado:	Código postal:	País:
Teléfono:Lab	oral: Fax: _	Correo el	ectrónico:
Seguro principal:		Fecha de entrad	a en vigencia:
Parte asegurada: Usted Cónyug prupo:	e Padre o madre Otro N.	° de id.:	N.º de
Nombre del afiliado: (Apellido) vacimiento:	(Nomb	ore)	Fecha de



## Centro de Uroginecología y Cirugía Pélvica Registro del paciente

Seguro secundario:		Fecha de entrada en	vigencia:
Parte asegurada: Usted Cónyuge Padre o mad	dre Otro N.º de id.:		N.º de
Nombre del afiliado: (Apellido)nacimiento:	(Nombre)	Fecha	ı de
Autorizo a Christiana Care Health Services a divulgar info al consultorio de otro médico. Autorizo por el presente el p médicos a los que tengo derecho a través de Medicare, m Services. También permito que se utilice la copia de esta que yo la revoque por escrito. Comprendo que, dado que financieramente responsable de todos los cargos pagado:	pago directo de beneficios méni seguro privado y cualquier o autorización en lugar del origio estos servicios fueron prestados o no por el seguro.	dicos o quirúrgicos, incluidos lo tro plan de salud, a Christiana nal. Esta asignación permanec los para mí o mi dependiente lo	os beneficios Care Health erá vigente hasta egal, soy
XX_			
Firma del paciente o representante legal	Relación con el paciente si es el representante legal	, Fecha	Hora:
Interpretación: La información presentada en formal or interpretó en (idioma) La persona para interpretación.			
XX			
Nombre del intérprete / N.º de id. de la agencia Hora:			Fecha



Nombre de la paciente:			Fec	ha de na	cimiento:/_	/Fecha:	_/	/
Médico de atención prin	naria (P	CP): (nombre y n.º	de teléfono)					
Médico remitente (si es o	diferente	e del PCP) (nombr	e y n.º de teléfono	)				
Farmacia preferida (non	nbre y ut	oicación o n.º de te	léfono)					
HISTORIA CLÍNICA (F			/ = 400 to 100 t					
Enfermedad cardíaca:	Sí	No	EM:	Sí		Bipolar:	Sí	No
Marcapasos:	Sí	No	Hipertiroidismo:	Sí	No	Anemia:	Sí	No
Latido cardíaco irregular:	Sí	No	Hipotiroidismo:	Sí	No	Hemofilia:	Sí	No
Accidente cerebrovascular/AIT	Sí	No	SII:	Sí		Flebitis/Coágulos		No
Hipertensión:	Sí	No	Reflujo:	Sí			Sí	No
EPOC/Enfermedad	Sí	No	Enfermedad	Sí	No	Fibromialgia:	Sí	No
pulmonar:			hepática:				~.	
Asma:	Sí	No	Enfermedad renal				Sí	No
	Sí	No	Cálculos renales:				Sí	No
Alergias estacionales:	Sí	No	Depresión:	Sí			Sí	No
	Sí	No		Sí			Sí	No
	Sí	No	Otros antecedente	es médic	os			
Tipo de cáncer:	ndae lae	cirnaíac ana ca has	va realizado y la fe	cha anro	vimada)			
CIROGIAS. (Mencione a	Juas ias	en agias que se nay	a realizado y la re	cha apro				
¿Paquete(s)/día? ¿Cant. meses/años que dejó' dejó?	EL API D:	RENDIZAJE:   CONSUMO DE SÍ NO ABAN Cant. bebidas/día Cerveza Vino Beb	ninguno 🗆 cogni ALCOHOL: NDONÓ S a? C oidas espirituosas T	itivo (co INGEST SÍ NO lafé Te Todas C	mprensión) □ r <u>FA DE CAFEÍNA</u> ABANDONÓ É Refrescos Cant. vaso(s)/día	nemoria □ lengu <u>CONSUMO</u> SÍ NO ¿Tipo? ¿Cant	uaje DE DRO ABAN t. meses/a	DGAS: DONÓ
¿EXPOSICIÓN A HUMO	O DE SI	EGUNDA MANO	? □ SÍ □ NO	VIO	LENCIA DOMÉ			
SITUACIÓN DE VIDA:  OCUPACIÓN:  HISTORIA FAMILIAR  Madre: Viva Muerta  Padre: Vivo Muerto  Hermano: Vivo Muerto  Hermana: Viva Muerta	□ con □TIEM (Encierre Proble Proble Proble	PO COMPLETO e en un círculo tod mas de salud: mas de salud: mas de salud: mas de salud:	con la pareja TIEMPO PARO	e corresp Enfe Enfe Enfe	□ vida asisti JUBILADA □DES	da □ sin hog SOCUPADA □DIS	gar SCAPAC r)	
Otros antecedentes familias TECEDENTES OBSTÉT			706.	L'Iltimo	período menstrual:			
	30/10/10				portodo mensuluar.			
Anticoncepción (encierre e					DIII D	Otros		
Ninguna Abstinencia	-	•			DIU Preservativ			
¿Último Papanicolaou NOI			,	No	Fecha del último	-		
Cant. total de embarazos:_ Cant. aborto espontáneo/ab **Número de contacto pro Selecc <u>ione UNA → □ N</u>	orto: eferido p	_, Cant. Total roars comunicarle l	nacimientos vivos os resultados de	: las pruel	bas:		** :les	

☐ Pueden dejar mensajes <u>detallados</u>



MEDICAMENTO CONCENTRACIÓN Y CANTIDAD QUE TOMA

Nombre de la paciente:	_
Fecha de nacimiento:	
Fecha de hoy:	
CON QUÉ FRECUENCIA	
	_
	_
	_
	_
	_
	_
	_
	_
	_

x	x
Firma de la paciente o representante legal Fecha://	Relación con la paciente, si es el representante legal Hora:



Nombre de la paciente:	
------------------------	--

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

Fecha de nacimiento:

¿Tuvo algún problema relacionado con los siguientes síntomas el mes pasado? Encierre en un círculo Sí o No

Compreles		Cardiovasculares		Gastrointestinales	
<u>Generales</u>	sí no	Dolor torácico	sí no	Dolor abdominal	sí no
Fatiga	SÍ NO	Dolor en las piernas con el	SÍ NO	Estreñimiento	SÍ NO
Fiebre	SÍ NO	movimiento (claudicación)	31 110	Diarrea	SÍ NO
Sensación de malestar	SÍ NO	Linfedema	sí no	Dificultad para tragar	SÍ NO
Sudores nocturnos			SÍ NO	(disfagia)	51 110
Aumento de peso	SÍ NO	Palpitaciones	SÍ NO	Sangre en las heces	sí no
Pérdida de peso	sí no	Hinchazón de manos/pies	SI NO	(melena)	31 140
		(edema periférico)		Náuseas	SÍ NO
Oídos, nariz y garganta	-f			Vómitos	SÍ NO
Pérdida de audición	SÍ NO			vomitos	31 140
Goteo nasal	SÍ NO	Endoninas			
Zumbido en los oídos	SÍ NO	Endocrinos Intolerancia al frío	-(		
Úlceras bucales	SÍ NO		sí no	Musculoesqueléticos	cí NO
(mucositis)	9	Intolerancia al calor	sí no	Dolor de espalda	SÍ NO
Inflamación de la boca	sí no	Sed excesiva (polidipsia)	SÍ NO	Dolor de cuello	SÍ NO
(es decir, estomatitis)	11104	Micción excesiva (poliuria)	SÍ NO	Dolor en las	sí no
Dolor de garganta	sí no	Sudores nocturnos	SÍ NO	articulaciones	-(
				Rigidez	SÍ NO
Ojos					
Cambios en la visión	SÍ NO				
		Hematológicos/linfáticos			
		Hematomas anormales	SÍ NO	<u>Psicológicos</u>	
<u>Piel</u>		Sangrado anormal	SÍ NO	Problemas de sueño	SÍ NO
Pérdida de cabello	SÍ NO	Agrandamiento de ganglios	SÍ NO	Depresión	SÍ NO
(alopecia)		linfáticos		Ansiedad	SÍ NO
Lesiones	SÍ NO			Pensamientos	SÍ NO
Erupción	SÍ NO			suicidas	
Lunar preocupante	SÍ NO	<u>Genitourinarios</u>		Alucinaciones	SÍ NO
		Ardor al orinar (disuria)	SÍ NO		
Alergia/inmunológicos		Micción frecuente	SÍ NO		
Fiebre del heno	SÍ NO	Sangre en la orina	SÍ NO		
Exposición a VIH	SÍ NO	(hematuria)		*	
Ronchas (urticaria)	SÍ NO	Cálculos renales	SÍ NO	<u>Neurológicos</u>	
Infecciones persistentes	SÍ NO			Dolor de cabeza	SÍ NO
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				Debilidad	sí no
Mamas				Entumecimiento	SÍ NO
Bulto en la mama	SÍ NO	<u>Femeninos</u>		Pérdida de memoria	SÍ NO
		Incontinencia	SÍ NO	Hormigueo	SÍ NO
		Irregularidad menstrual	SÍ NO	Temblor	sí no
Respiratorios		Secreción vaginal	SÍ NO		
Tos	sí no	Sequedad vaginal	SÍ NO		
Falta de aire al estar	SÍ NO	Comezón vaginal	SÍ NO		
acostada (ortopnea)		Molestia vaginal	SÍ NO		
Goteo postnasal	SÍ NO	Disfunción sexual	SÍ NO		
Falta de aire	sí no				
Sibilancia	SÍ NO				
Similaricia	51 110				



Nombre de la paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de hov:	

Centr	o de Uroginecología y Cirugía Pélvica F	echa de nacimiento:	
Índice	de Incapacidad del Suelo Pélvico (PFDI)	echa de hoy:	
respon	ncciones: Responda estas preguntas colocando una X en nder una pregunta, proporcione la mejor respuesta posi nas durante los <u>últimos 3 meses.</u>	la casilla correspondient ble. Al responder estas p	te. Si no está segura de cómo reguntas, considere sus
1.	¿Experimenta con frecuencia <i>presión</i> en la parte baja del abdon Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	□ 4	□ No; □ Sí
2.	¿Experimenta con frecuencia <i>pesadez o matidez</i> en la zona pélve. Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	□ 4	□ No; □ Sí 0
3.	¿Tiene frecuentemente un bulto o algo que sale que puede ver o sentir en la zona vaginal?  Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	☐ 4 - Bastante	□ No; □ Sí 0
4.	¿Debe presionar con frecuencia en la vagina o alrededor del recto para hacer o completar sus deposiciones?  Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1 2 3  Nada - Algo - Moderada	☐ 4 - Bastante	□ No; □ Sí 0
5.	¿Experimenta con frecuencia la sensación de que vació la vejiga Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1 1 2 3  Nada - Algo - Moderada	a de manera incompleta?  4 - Bastante	□ No; □ Sí



Nombre de la paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Facha de hoy:	

Centro	o de Uroginecología y Cirugía Pélvica 💮 💮 Fecha de nacim	liento:
Índice	de Incapacidad del Suelo Pélvico (PFDI) Fecha de hoy:	
		36.
6.	¿Alguna vez debe presionar sobre un bulto en la zona vaginal con los dedos para comenzar o terminar de orinar?	□ No; □ Sí 0
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	
7.	¿Siente que debe esforzarse demasiado para hacer sus deposiciones?	□ No; □ Sí
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	
8.	¿Siente que no vació completamente los intestinos cuando termina de hacer sus	deposiciones?
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	0
9.	¿Tiene con frecuencia pérdida de heces sin su control si sus heces están bien formadas?	□ No; □ Sí
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	
10.	¿Tiene con frecuencia pérdida de heces sin su control si sus heces son flojas o líquidas?	□ No; □ Sí
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1 2 3 4  Nada - Algo - Moderada - Bastante	
	¿Pierde gas del recto con frecuencia sin que pueda controlarlo?  Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?	□ No; □ Sí



Nombre de la paciente: _	
Fecha de nacimiento:	

Índice	de Incapacidad del Suelo Pélvico (PFD	OI) Fecha de hoy:	
12.	Nada - Al ¿Siente dolor con frecuencia al hacer sus Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le g	genera?	□ No; □ Sí 0
13.		lgo - Moderada - Bastante	□ No; □ Sí
13.	ir deprisa al baño para hacer sus deposicion.  Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le g	ones?	0
14.	¿Alguna vez una parte del intestino atravi y sale hacia afuera durante o después de u Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le g	una deposición? genera? 3	□ No; □ Sí 0
15.	¿Por lo general orina con frecuencia?  Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le g  1  Nada - Alg	genera?  2	□ No; □ Sí 0
16.	es decir, una fuerte sensación de que nece Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le go	genera? 2	□ No; □ Sí 0
	¿Experimenta con frecuencia pérdidas de estornudar o reírse?	orina relacionadas con toser,	□ No; □ Sí 0

Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?



Nombre de la paciente:	11001127100100110
Fecha de nacimiento:	
Fecha de hoy:	

	de Incapacidad del Suelo Pélvico (PFDI) Fecha de hoy:	
maice	de incapacidad dei Sueio Felvico (FFDI)	
	Nada - Algo - Moderada - Bastante	
18.	¿Experimenta con frecuencia pequeñas cantidades de pérdida de orina (es decir, gotas	)? □ No; □ Sí
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	
19.	¿Tiene con frecuencia dificultad para vaciar la vejiga?	□ No; □ Sí
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	
20.	¿Experimenta con frecuencia dolor o molestia en la parte baja del abdomen o en la zona genital?	□ No; □ Sí
	Si la respuesta es sí, ¿cuánta molestia le genera?  1	

CHI	RISTIANA CARE HEALTH SYSTEM	Nombre de la paciente:
Centro de Uro	oginecología y Cirugía Pélvica	Fecha de nacimiento:
Índice de sev	veridad de incontinencia (ISI)	Fecha de hoy:
Responda las	2 preguntas siguientes.	
1. ¿Con qué	frecuencia experimenta pérdidas urinari	as? (Marque una opción)
	Nunca, no tengo pérdidas de orina (0)  Menos de una vez por mes (1)  Algunas veces por mes (2)  Algunas veces por semana (3)  Todos los días o noches (4)  rina pierde cada vez? (Marque una opción  Nada, no tengo pérdidas de orina (0)	in)
	Gotas (1)	
	Pequeños chorros (2)	
	Más (3)	
Gracias por re	esponder estas preguntas.	

El puntaje se calcula multiplicando el puntaje de la pregunta 1 por el puntaje de la pregunta 2.

Moderada (3-6)

Severa (8-9)

Muy severa (12)

Centro de Uroginecología y Cirugía Pélvica Christiana Care Health Systems

Leve (1-2)

Categoría ISI (encierre en un círculo):

Puntaje ISI \_\_\_\_\_

Ninguna



Diario miccional de 3 días

Nombre de la paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de hov:	

#### Instrucciones:

- 1) Elija tres días y registre la cantidad de veces que orina y cuando tiene incontinencia urinaria.
- 2) Cada vez que orine, coloque una "V" en la hora que corresponda cuando orina.
- 3) Si tiene incontinencia urinaria, coloque una "L" en la hora que corresponda a cuando tiene incontinencia. Si tiene más de una en esa hora, coloque más "L" debajo de esa hora.
- 4) Cada línea representa un período de 24 horas

Día l Fecha:

a. m. Mediodía p. m.									Medianoche														
6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5

Día 2 Fecha: \_\_\_\_\_

a. 1	n.				Mediodía p. m.								Medianoche												
6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5		

Día 3 Fecha:

a. m. Mediodía									p. :	m.			Medianoche									
7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
	n. 7	n. 7 8	n. 7 8 9	7 8 9 10	n. 7   8   9   10   11	n. Me	n. Mediod	n. Mediodía	n. Mediodía	n. Mediodía p.:	n. Mediodía p. m.	Mediodía p. m.	Mediodía p. m.  Mediodía p. m.  7   8   9   10   11   12   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   11   12	Mediodía p. m. Mediano	Mediodía p. m. Medianoche	Mediodía p. m. Medianoche 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	Mediodía p. m. Medianoche  7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4					