





**Centro de Uroginecología y Cirugía Pélvica**

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

Estimada \_\_\_\_\_:

¡Bienvenida al Centro de Uroginecología y Cirugía Pélvica de Christiana Care!

Su cita con \_\_\_\_\_ está programada el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a. m./p. m.  
en la siguiente ubicación:

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

Christiana Care Concord Center  
161 Wilmington-West Chester Pike  
Chadds Ford, PA 19317

Encontrará adjunto en este paquete un formulario de historia clínica y una lista de medicamentos actuales que debe completar.

Mencione todos los medicamentos con la concentración y la cantidad que toma y también la frecuencia con que los toma.

Además, encontrará un diario miccional y un cuestionario sobre el suelo pélvico. Estos nos permiten comprender mejor sus problemas con el suelo pélvico. Las instrucciones para completar estos formularios se encuentran en los mismos formularios.

Si tiene alguna pregunta en relación con estos documentos, no dude en comunicarse con nuestro consultorio al número de teléfono que se menciona más arriba.

**Para los pacientes con Blue Cross, AmeriHealth, Aetna, Coventry, TRICARE o Keystone:** Usted es responsable de obtener las derivaciones que necesite de su médico remitente, su PCP (médico principal o familiar) o su compañía de seguros.

Obtenga la derivación (si es necesaria) antes del día de la cita y lleve una copia a la cita o solicite al consultorio de su médico que nos envíe por fax una copia antes del día de la cita.

\*Si su seguro no está mencionado más arriba y no está segura sobre si se necesita o no una derivación, llame a su compañía de seguros para aclararlo.

**Si su seguro requiere que usted pague un copago, venga preparada para pagar el copago en el momento de la visita.** Aceptamos efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito (excepto American Express).

¡Esperamos verla pronto!

Atentamente,

Babak Vakili, MD

Howard Goldstein, DO

Emily Saks, MD

Matthew Fagan, MD

Leia Collins, PA-C

Colleen DeTurk, NP

Nombre del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_  
(Segundo nombre) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Laboral: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Comunicarse mediante: Teléfono particular Celular Laboral Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado En pareja Otro Número de Seguridad Social (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Asiático y negro o afroamericano  Asiático y blanco  
 Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco o caucásico  No determinada

Etnia:  Hispano o latino  No hispano o latino  Otra o no determinada Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Situación laboral: (Marque todas las que correspondan)  Tiempo completo  Tiempo parcial  Empleo independiente  Jubilado

Estudiante  Niño  Desempleado  Otro: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parte responsable (Parte responsable del pago): Usted Cónyuge Padre o madre Otro

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Laboral: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro principal: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

Parte asegurada: Usted Cónyuge Padre o madre Otro N.º de id.: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



Centro de Uroginecología y Cirugía Pélvica

Registro del paciente

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

Parte asegurada: Usted Cónyuge Padre o madre Otro N.º de id.: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a Christiana Care Health Services a divulgar información médica a mi compañía de seguros, sus intermediarios u operador, o al consultorio de otro médico. Autorizo por el presente el pago directo de beneficios médicos o quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos a los que tengo derecho a través de Medicare, mi seguro privado y cualquier otro plan de salud, a Christiana Care Health Services. También permito que se utilice la copia de esta autorización en lugar del original. Esta asignación permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Comprendo que, dado que estos servicios fueron prestados para mí o mi dependiente legal, soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal

Relación con el paciente, si es el representante legal

Fecha

Hora:

Interpretación: La información presentada en formal oral al  paciente  representante  persona que toma las decisiones se interpretó en (idioma) \_\_\_\_\_. La persona para quien se interpretó la información afirmó que comprendió la interpretación.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

Nombre del intérprete / N.º de id. de la agencia

Firma/cargo del empleado,

Fecha

Hora:



Centro de Uroginecología y Cirugía Pélvica

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Médico de atención primaria (PCP): (nombre y n.º de teléfono) \_\_\_\_\_

Médico remitente (si es diferente del PCP) (nombre y n.º de teléfono) \_\_\_\_\_

Farmacia preferida (nombre y ubicación o n.º de teléfono) \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA** (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan)

Enfermedad cardíaca:	Sí	No	EM:	Sí	No	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	No	Flebitis/Coágulos:	Sí	No
Hipertensión:	Sí	No	Reflujo:	Sí	No	Transfusión:	Sí	No
EPOC/Enfermedad pulmonar:	Sí	No	Enfermedad hepática:	Sí	No	Fibromialgia:	Sí	No
Asma:	Sí	No	Enfermedad renal:	Sí	No	Artritis:	Sí	No
Apnea del sueño:	Sí	No	Cálculos renales:	Sí	No	Vulvodinia:	Sí	No
Alergias estacionales:	Sí	No	Depresión:	Sí	No	CI:	Sí	No
Diabetes:	Sí	No	Ansiedad:	Sí	No	Glaucoma:	Sí	No
Cáncer:	Sí	No	Otros antecedentes médicos:	_____				

Tipo de cáncer: \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS:** (Mencione todas las cirugías que se haya realizado y la fecha aproximada) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** (Mencione todas las alergias. **SI NO TIENE ALERGIAS**, escriba "NINGUNA").

**ESTILO DE APRENDIZAJE:**  Debate  Demostración  Material impreso  Otro \_\_\_\_\_

**OBSTÁCULO(S) PARA EL APRENDIZAJE:**  ninguno  cognitivo (comprensión)  memoria  lenguaje \_\_\_\_\_

**CONSUMO DE TABACO:** **CONSUMO DE ALCOHOL:** **INGESTA DE CAFÉINA** **CONSUMO DE DROGAS:**

SÍ NO ABANDONÓ SÍ NO ABANDONÓ SÍ NO ABANDONÓ SÍ NO ABANDONÓ

¿Paquete(s)/día? \_\_\_\_\_ Cant. bebidas/día? \_\_\_\_\_ Café Té Refrescos ¿Tipo? \_\_\_\_\_

¿Cant. meses/años que dejó? \_\_\_\_\_ Cerveza Vino Bebidas espirituosas Todas Cant. vaso(s)/día \_\_\_\_\_ ¿Cant. meses/años que

dejó? \_\_\_\_\_

¿EXPOSICIÓN A HUMO DE SEGUNDA MANO?  SÍ  NO **VIOLENCIA DOMÉSTICA:**  SÍ  NO

**ESTADO CIVIL:**  Soltera  Casada  Divorciada  Casada  Viuda

**SITUACIÓN DE VIDA:**  con la familia  con la pareja  sola  vida asistida  sin hogar

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_  TIEMPO COMPLETO  TIEMPO PARCIAL  JUBILADA  DESOCUPADA  DISCAPACITADA

**HISTORIA FAMILIAR** (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan y describa quién es el familiar)

Madre: Viva Muerta Problemas de salud: Diabetes Enfermedad cardíaca Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_

Padre: Vivo Muerto Problemas de salud: Diabetes Enfermedad cardíaca Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_

Hermano: Vivo Muerto Problemas de salud: Diabetes Enfermedad cardíaca Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_

Hermana: Viva Muerta Problemas de salud: Diabetes Enfermedad cardíaca Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_

Otros antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

**TECEDENTES OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS:** Último período menstrual: \_\_\_\_\_

Anticoncepción (encierre en un círculo todas las opciones que correspondan):

Ninguna Abstinencia Ligadura de trompas Vasectomía Pastillas DIU Preservativos Otro: \_\_\_\_\_

¿Último Papanicolaou NORMAL? (Encierre en un círculo): Sí No Fecha del último Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Cant. total de embarazos: \_\_\_\_\_, Cant. a término: \_\_\_\_\_, Cant. pretérmino: \_\_\_\_\_, Cant. cesárea: \_\_\_\_\_,

Cant. aborto espontáneo/aborto: \_\_\_\_\_, Cant. Total nacimientos vivos: \_\_\_\_\_

\*\*Número de contacto preferido para comunicarle los resultados de las pruebas: \_\_\_\_\_ \*\*

**Seleccione UNA** →  **No** llamarme para comunicarme los resultados  Pueden dejar mensajes **generales**

Pueden dejar mensajes **detallados**





**Instrucciones: Responda estas preguntas colocando una X en la casilla correspondiente. Si no está segura de cómo responder una pregunta, proporcione la mejor respuesta posible. Al responder estas preguntas, considere sus síntomas durante los últimos 3 meses.**

1. ¿Experimenta con frecuencia *presión* en la parte baja del abdomen?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada - Algo - Moderada - Bastante

2. ¿Experimenta con frecuencia *pesadez o matidez* en la zona pélvica?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada - Algo - Moderada - Bastante

3. ¿Tiene frecuentemente un bulto o algo que sale que puede ver o sentir en la zona vaginal?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada - Algo - Moderada - Bastante

4. ¿Debe presionar con frecuencia en la vagina o alrededor del recto para hacer o completar sus deposiciones?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada - Algo - Moderada - Bastante

5. ¿Experimenta con frecuencia la sensación de que vació la vejiga de manera incompleta?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada - Algo - Moderada - Bastante



Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

7. ¿Siente que debe esforzarse demasiado para hacer sus deposiciones?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

8. ¿Siente que no vació completamente los intestinos cuando termina de hacer sus deposiciones?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

9. ¿Tiene con frecuencia pérdida de heces sin su control si sus heces están bien formadas?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

10. ¿Tiene con frecuencia pérdida de heces sin su control si sus heces son flojas o líquidas?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

11. ¿Pierde gas del recto con frecuencia sin que pueda controlarlo?  No;  Sí  
0

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

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

12. ¿Siente dolor con frecuencia al hacer sus deposiciones?

No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

13. ¿Experimenta una fuerte sensación de urgencia y debe ir de prisa al baño para hacer sus deposiciones?

No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

14. ¿Alguna vez una parte del intestino atraviesa el recto y sale hacia afuera durante o después de una deposición?

No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

15. ¿Por lo general orina con frecuencia?

No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

16. ¿Experimenta con frecuencia pérdidas de orina asociadas con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de que necesita ir al baño?

No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

17. ¿Experimenta con frecuencia pérdidas de orina relacionadas con toser, estornudar o reírse?

No;  Sí  
0

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

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

18. ¿Experimenta con frecuencia pequeñas cantidades de pérdida de orina (es decir, gotas)?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

19. ¿Tiene con frecuencia dificultad para vaciar la vejiga?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

20. ¿Experimenta con frecuencia *dolor* o *molestia* en la parte baja del abdomen o en la zona genital?  No;  Sí  
0

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

1       2       3       4  
Nada      -      Algo      -      Moderada      -      Bastante

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Responda las 2 preguntas siguientes.

**1. ¿Con qué frecuencia experimenta pérdidas urinarias? (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)

**2. ¿Cuánta orina pierde cada vez? (Marque una opción)**

- Nada, no tengo pérdidas de orina (0)
- Gotas (1)
- Pequeños chorros (2)
- Más (3)

Gracias por responder estas preguntas.

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

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

Categoría ISI (encierre en un círculo):

Ninguna      Leve (1-2)      Moderada (3-6)      Severa (8-9)      Muy severa (12)

