

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Fecha _____
 Motivo(s) de su visita _____

Alergias _____

Último período menstrual normal _____ ¿A qué edad tuvo su primer periodo menstrual? _____
 Duración de sus periodos menstruales _____ Número de días entre sus periodos menstruales _____
 ¿Tiene coágulos? ___ sí ___ no ¿Padece dolores al menstruar? ___ sí ___ no
 ¿Sangra entre sus ciclos menstruales? ___ sí ___ no ¿Sufre dolor al tener relaciones sexuales? ___ sí ___ no
 Último examen del Papanicolaou _____ ¿Algún resultado anormal? ___ sí ___ no
 Última Mamografía _____ ¿Algún resultado anormal? ___ sí ___ no
 Última Colonoscopia _____
 Último estudio de la densidad ósea _____

Método de contracepción: ___ esterilización (de su pareja o de usted) ___ píldoras ___ Depo-Provera (antiséptico inyectable)
 ___ diafragma ___ dispositivo intrauterino ___ espuma/gel ___ condones ___ planificación de famili
 ___ Otros _____

¿Sufre escapes de orina? ___ no ___ todo el tiempo ___ al toser/ cargar ___ solo a veces
 ¿Usa frecuentemente toallas para la incontinencia? ___ sí ___ no
 ¿Tiene dificultad para detener o iniciar su flujo urinario? ___ sí ___ no

HISTORIAL OBSTÉTRICO Embarazos _____ Nacimientos _____ Abortos Involuntarios _____ Cesárias _____
 Abortos _____ Ninguno _____

HISTORIA MÉDICA

- | | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Cáncer de seno | <input type="checkbox"/> Fibromas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Condiloma/Verrugas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Seno fibroquístico | <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Trombosis | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Gonorrea/Clamidia |
| <input type="checkbox"/> Alto colesterol | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Desórdenes sanguíneos | <input type="checkbox"/> Herpes genitales |
| <input type="checkbox"/> Ataques al corazón | <input type="checkbox"/> Frecuente infección en la vejiga | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Ulceras/ Reflujo gastroesofágico |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre | <input type="checkbox"/> VHI |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | |

HISTORIAL QUIRURGICO

- | | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biopsia del cono | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Implantes de seno | <input type="checkbox"/> Cirugía en la rodilla |
| <input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje | <input type="checkbox"/> Procedimiento de la vejiga | <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda |
| <input type="checkbox"/> Crioterapia | <input type="checkbox"/> Cistectomía ovárica | <input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera |
| <input type="checkbox"/> Laparoscopia | <input type="checkbox"/> Biopsia del seno | <input type="checkbox"/> Tonsilectomía | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | |

MEDICAMENTOS (nombre, dosis y frecuencia, incluyendo hierbas)

HISTORIAL SOCIAL

NOMBRE _____

Oficio _____ ¿Cuántas horas trabaja usted por semana? _____
 ¿Alguna vez ha estado sexualmente activa/o? ___ Sí ___ No
 ¿En este momento está sexualmente activa/o? ___ Sí ___ No
 ¿Fuma? ___ Sí ___ No Si su respuesta fue sí, ¿Cuántas cajetillas por día? _____ ¿Cuántos años? _____
 ¿Le interesa dejar de fumar? ___ Aún no ___ Tal vez el próximo año
 ¿Cuánto alcohol bebe? _____
 ¿Cuánto café y té bebe? _____
 ¿Consume drogas ilícitas? ___ Sí ___ No Si su respuesta fue sí, ¿qué tipo? _____
 ¿Cuánto ejercicio hace? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Madre (edad, estado de salud) _____ Padre _____
 Hermanas _____ Hermanos _____

__ Cáncer de mama (madre, tía, hermana), __ cáncer de ovario __cáncer uterina __cáncer cervical __cáncer de colon
 __Diabetes __enfermedades cardíacas __ colesterol alto __ ataque al corazón __ hipertensión __ osteoporosis

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DEL CUERPO HUMANO

Bienestar General ___ bien ___ pérdida de peso ___ aumento de peso ___ fiebre ___ fatiga
Ojos / Oídos / Nariz /Garganta ___ bien ___ sinusitis ___ dolor de cabeza ___ pérdida de oído
 ___ úlceras ___ cataratas ___ glaucoma ___ visión borrosa
Cardiovascular ___ bien ___ dolor en el pecho ___ dificultad para respirar ___ hinchazón ___ latidos irregulares
Respiratorio ___ bien ___ respiración sibilante ___ falta de aire ___ tos
Pecho ___ bien ___ dolor ___ nueva protuberancia ___ secreción
Gastrointestinal ___ bien ___ diarrea ___ heces fecales con sangre ___ gas ___ estreñimiento
 ___ Náuseas/ vómito/ indigestión ___ suciedad de las heces ___ defecación con dolor
Músculos esqueléticos ___ bien ___ entumecimiento u hormigueo en manos /pies ___ dolor muscular / articular
 ___ debilidad masculina ___ dolor de cuello ___ dolor de espalda
Piel ___ bien ___ salpullido ___ úlceras ___ piel seca
 ___ lesiones sospechosas ___ contusión ligera ___ sangrado de las encías
Urinario ___ bien ___ sangre en la orina ___ vaciamiento incompleto ___ infección frecuente
 ___ goteo de orina ___ micción frecuente ___ dolor al orinar ___ consumo de diuréticos
Ginecológico ___ bien ___ sangrado anormal - véase el frente ___ pérdida de la memoria
 ___ insomnio ___ bochornos ___ sequedad vaginal
 ___ cambios de humor/depresión ___ disminución de la libido ___ dolor durante el sexo
 ___ maloliente flujo vaginal ___ bombeo constante en la vagina ___ dolor pélvico
Psiquiátrico ___ bien ___ depresión ___ ansiedad severa

San Buena Ventura Urogynecology Center
 In association with Community Memorial Health System
 ● Jill C. Hall, M.D. ● Michelle Takase-Sanchez, M.D.
 2705 Loma Vista Rd., Suite 206 ● Ventura, CA 93003 ● Phone: 805-643-4067 ● Fax: 805-948-6841
 Urogynecology & Female Pelvic Floor Medicine

Cuestionario de Disfunción Por Prolapso De Órganos Pélvicos (POPDI-6)

Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describa en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectadas por los problemas urinarios, fecales o vaginal en los últimos 3 meses.

Si contesta **Si** a alguna de las preguntas, favor de marcar una respuesta en las columnas.

	Si es Si, Cuánto le molesta?	No me molesta en lo absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
1. Tiene la sensación de presión en la región inferior del abdomen?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
2. La sensación de pesadez o dolor en la pelvis?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
3. La sensación o puede ver un bulto en la salida de órganos a través de la vagina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
4. Tiene la necesidad de empujar en la en la vagina o el recto para terminar de defecar.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
5. Tiene la sensación de vaciado incompleto de la vejiga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
6. La necesidad de introducir el abultamiento empujando con sus dedos dentro de la vagina para iniciar o terminar de orinar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

POPDI-6 Total X25= _____
 Nombre del paciente: _____

Cuestionario de Disfunciòn Colorectal-Anal (CRADI-8)

Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describa en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectadas por los problemas orinarios, fecales o vaginal en los últimos 3 meses.

Si contesta Si a alguna de las preguntas, favor de marcar una respuesta en las columnas

	Si es Si, Cuánto le molesta?	No me molesta en lo absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
7. La necesidad de realizar un gran esfuerzo para defecar?					
8. La sensación de no haber evacuado el recto por complete al terminar de defecar?					
9. Por lo general, pierde escremento sin control si el escremento esta bien formado?					
10. Por lo general, pierde escremento sin control, si el escremento es flojo?					
11. Por lo general pierde gas por el recto sin poder controlarlo?					
12. Por lo general tiene dolor al pasar escremento?					
13. Experimenta un fuerte sentido de urgencia y tiene que correr al baño para evacuar?					
14. Se le llega a salir un bulto por el recto durante o despues de defecar?					

CRADI- 8 Total X25=

Cuestionario de Disfunción Orinaria (UDI-6)

Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describa en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectadas por los problemas urinarios, fecales o vaginal en los últimos 3 meses.

Si contesta Si a alguna de las preguntas, favor de marcar una respuesta en las columnas.

	Si es Si, Cuánto le molesta?	No me molesta en lo absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
15. Experimenta frecuentemente deseos de orinar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
16. Por lo general, experimenta pérdidas de orina asociadas con un sentimiento de urgencia, es decir: una fuerte sensación de ir al baño.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
17. Tiene perdidas de orina frecuentemente con tos, estornudos o con risa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
18. Tiene perdidas frecuentes de pequeñas cantidades de orina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
19. Tiene usualmente dificultad para vaciar la vejiga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
20. Experimenta frecuentemente dolor o malestar en la region abdominal baja o genital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

POPDI- 6 _____

CRADI- 8 _____

UDI-6 _____

PFDI-20 Score _____

Cuestionario de Disfunción Orinaria (UDI-6)

Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describa en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectadas por los problemas urinarios, fecales o vaginal en los últimos 3 meses.

Si contesta Si a alguna de las preguntas, favor de marcar una respuesta en las columnas.

	Si es Si, Cuánto le molesta?	No me molesta en lo absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
15. Experimenta frecuentemente deseos de orinar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
16. Por lo general, experimenta pérdidas de orina asociadas con un sentimiento de urgencia, es decir: una fuerte sensación de ir al baño.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
17. Tiene perdidas de orina frecuentemente con tos, estornudos o con risa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
18. Tiene perdidas frecuentes de pequeñas cantidades de orina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
19. Tiene usualmente dificultad para vaciar la vejiga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
20. Experimenta frecuentemente dolor o malestar en la region abdominal baja o genital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				


POPDI- 6 _____

CRADI- 8 _____

UDI-6 _____

PFDI-20 Score _____

San Buenaventura Urology Center

 Community Memorial Health System

Formulario de consentimiento de prescripción electrónica

E-prescribe se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La prescripción electrónica reduce los errores médicos y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa eprescribe. Estos incluyen:

Formulario y transacción de beneficios: brinda la información de recetas sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.

Transacción de historial de medicamentos: proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar la cantidad de eventos adversos de medicamentos.

Notificación del estado de surtido: permite que la receta reciba un aviso electrónico de la farmacia que le informa si la receta del paciente ha sido recogida, no recogida o parcialmente surtida.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que los Centros CMH para la Salud de la Familia pueden solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de farmacia de terceros para fines de tratamiento.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

NOMBRE DE FARMACIA : _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de hoy: _____

Relación con el/la paciente: _____

Marc A. Beaghtler, M.D. • Seyed M. Khoddami, M.D. • Lauren McWhorter, FNP-C

2705 Loma Vista Rd., Suite 206 • Ventura CA 93003 • Ph: 805-643-4067 • Fax: 805-648-5612

San Buenaventura Urology Center

 Community Memorial Health System

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA INFORMACIÓN MÉDICA A LOS INDIVIDUOS / MIEMBROS DE LA FAMILIA

De acuerdo con la norma de privacidad del gobierno federal implementada a través de la ley de portabilidad de la salud de 1996 (HIPPA), Para que el Médico o el personal de Community Memorial HealthCare Systems (CMHS), Centers for Family Health (CFH) para liberar su información médica debemos obtener su autorización antes de hacerlo. Sin embargo, en caso de episodio crítico, o si no puede dar su autorización debido a la severidad de su condición, la ley que estipula que estas reglas pueden ser renunciadas. Por favor, indique sus preferencias abajo.

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono de Contacto #: _____

_____ Autorizo a CMHS CFH a enviar cartas que contengan cualquiera o toda mi información médica, incluyendo los resultados de las pruebas y recomendaciones a la dirección arriba indicada.

_____ Autorizo a CMHS CFH a dejar mensajes en el contestador automático al número de teléfono arriba indicado.

_____ Autorizo a CMHS CFH a comunicar verbalmente cualquier o toda la información concerniente a mi atención médica a las siguientes persona(s):

Nombre: _____ Relación _____

Nombre: _____ Relación _____

Nombre: _____ Relación _____

Entiendo que es mi responsabilidad informar a CMHS CFH puntualmente por escrito de cualquier cambio que desee hacer a esta autorización. Esta autorización se mantendrá vigente hasta _____ (Que no exceda de 24 meses.)

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____

MARC A. BEAGHLER, M.D. • SEYED M. KHODDAMI, M.D. • JANICE HOLDEN, MSN, NP-C
• Adult & Pediatric Urology •

2705 Loma Vista Rd., Suite 206 • Ventura, CA 93003 • Phone: 805/643-4067 • Fax: 805/648-5612