



RESUMEN DE SALUD DE LA PACIENTE FEMENINA

Fecha: _____ Nombre: _____ DOB: _____

¿Cuál es la razón principal por la que está aquí para ver al proveedor hoy?	1. ¿Cuánto tiempo has experimentado cada problema? 2. ¿Algún tratamiento previo que tuviste para esto?

Haga una lista de cualquier problema médico o condición de salud que tenga:	Año diagnosticado:	Haga una lista de cualquier cirugía, procedimiento u hospitalización que haya tenido desde la infancia	Año (si se conoce)

Antecedentes familiares: Actividad:

Cualquier antecedente familiar de:	Relación
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular y/o ataque cardíaco	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	
<input type="checkbox"/> Alzheimer/demencia	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica	
<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo de lista)	
<input type="checkbox"/> Los demás:	

¿Haces ejercicio regularmente?

- 3 veces a la semana o más
 Ocasionalmente
 Raramente

Hábitos:

- Fumo cigarrillos o puros ___ por día
 Uso cafeína ___ al día
 Tomo bebidas alcohólicas ___ por semana

¿Consumes drogas recreativas?

- Sí: Tipos/comentarios: _____

Alergias

Haga una lista de las alergias conocidas junto con el tipo de reacción que experimenta.

¿Alguna vez ha tenido algún problema con la anestesia local? () Sí () No

¿Tienes alergia al látex? () Sí () No



Medicamentos

Por favor, enumere todas las medicaciones que toma actualmente, o cualquier **reemplazo hormonal**. Haga una lista de la dosis y la frecuencia con la que la toma.

Nombre del medicamento (por ejemplo, Advil)	Potencia (por ejemplo, 100 mg)	Dosis (por ejemplo, 1 comprimido una vez al día)

Historia social:

- Soy sexualmente activo OR Quiero ser sexualmente activo No quiero ser sexualmente activo
- He completado mi familia O NO he completado mi familia
- Mi vida sexual ha sufrido O no he podido tener un orgasmo o es muy difícil

Historial Médico/Quirúrgico Pertinente:

- Cáncer de mama Mama fibroquística o dolor mamario
- Cáncer uterino Fibromas uterinos
- Cáncer de ovario Períodos irregulares o abundantes
- Ovarios poliquísticos (SOP) Migrañas menstruales
- Acné Histerectomía con extirpación de ovarios
- Exceso de vello facial/corporal Histerectomía parcial (solo útero)
- Infertilidad Ooforectomía extirpación de ovarios
- Endometriosis
- Epilepsia o convulsiones

Enfermedades médicas:

- Presión arterial alta Cualquier forma de hepatitis o VIH Enfermedad hepática crónica
- Bypass cardíaco Lupus u otra enfermedad autoinmune Diabetes
- Colesterol alto Donación frecuente de sangre o antecedentes de anemia Enfermedad de la tiroides
- Adelgazamiento del cabello Arritmia o fibrilación auricular Diálisis
- Enfermedad cardíaca Coágulo de sangre y / o una embolia pulmonar Depresión / ansiedad
- Accidente cerebrovascular y / o ataque cardíaco Enfermedad renal crónica Trastorno psiquiátrico
- Fibromialgia Cáncer (tipo): _____ Artritis

Historia ginecológica

Períodos menstruales: Sí No

- Edad del primer período: _____
- Último período menstrual: _____
- ¿Su período es regular? Sí, cada _____ días; dura _____ días No
- ¿Sangrar entre períodos? Sí No
- ¿Períodos abundantes? Sí No

Método anticonceptivo:

- Menopausia : ¿A qué edad? _____
- Histerectomía: ¿Cuándo? _____
¿Razón? _____

Atención médica preventiva:

- Antecedentes de Papanicolaou anormal? Sí No
- Última mamografía: _____ Normal: Sí No
- Pélvica en los últimos 12 meses
- Densidad ósea en los últimos 12 meses

- Abdominal
- Vaginal
- Ecografía laparoscópica
- ¿Dónde se extirparon los ovarios? Sí No
- Izquierda Derecha Ambos



- Ligadura de trompas
- DIU: ¿De qué tipo? _____
¿Cuándo se insertó? _____
- Píldoras anticonceptivas: ¿Qué tipo? _____
- Vasectomía
- Infertilidad

Antecedentes obstétricos

Número de embarazos: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos: _____ Niños vivos: _____

Fecha de nacimiento Peso Tipo de parto

- _____ Vaginal Vaginal con fórceps/vacío Cesárea Sí No
 _____ Vaginal Vaginal con fórceps/vacío Cesárea Sí No
 _____ Vaginal Vaginal con fórceps/vacío Cesárea Sí No

CUESTIONARIO UROGINECOLÓGICO FEMENINO

Orino cada _____ horas durante el día.
Me levanto _____ veces para orinar.

- ¿Pierde orina a chorros con la risa, los estornudos o el esfuerzo? Sí No
- ¿Pierde orina con un fuerte sentido de urgencia? Sí No
- ¿Pierde orina con el sonido, la vista o la sensación de agua corriente? Sí No
- ¿Pierde orina sin previo aviso (sin actividad ni urgencia)? Sí No
- ¿Usar almohadillas todos los días? Sí No # almohadillas por día: _____
- ¿Es difícil iniciar el flujo de orina? Sí No
- ¿El chorro de orina es lento o débil? Sí No
- ¿Vejiga vacía completamente al orinar? Sí No
- ¿Dolor asociado con la micción? Sí No
- ¿Infecciones frecuentes de la vejiga? Sí No
- ¿Sientes como si los órganos pélvicos se estuvieran "cayendo"? Sí No
- ¿Sientes protuberancia al abrir tu vagina? Sí No

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN INTESTINAL Omita esta sección; No tengo problemas con mi función intestinal

- Muevo mis intestinos _____ veces al día o _____ veces por semana
- ¿Dificultad para vaciar el recto? Sí No
 - ¿Ayuda presionar el interior o el exterior de la vagina? Sí No
 - ¿Pierdes el control de tus heces? Sí No
 - ¿Consistencia de las heces cuando esto sucede? Líquido Blando Normal Duro
 - ¿Problemas para controlar el gas? Sí No
 - ¿Alternando estreñimiento y diarrea? Sí No
 - ¿Dolor con las deposiciones? Sí No

PREOCUPACIONES DE GINECOLOGÍA COSMÉTICA Omita esta sección; No tengo problemas con la apariencia/función de mi región genital

- Consciente de la apariencia / función de mis regiones genitales Sí No
- Descontento con la forma en que se ve mi vagina (es decir, abierta) Sí No
- Descontento con la forma en que se ven mis labios (irregulares, oscuros, largos) Sí No
- Los labios se frotan o tiran de mi ropa o durante el sexo Sí No
- Descontento con la aparición de labios mayores Sí No
- No puedo usar el tipo de ropa que quiero Sí No

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL Omita esta sección; No tengo problemas con mi funcionamiento sexual

- Bajo deseo de participar en actividades sexuales Sí No
- Incapaz de alcanzar el orgasmo Dificultad significativa para alcanzar el orgasmo Sí No
- Dificultad para excitarse durante la actividad sexual Sí No
- No se lubrican lo suficiente durante la actividad sexual Sí No
- Dolor experimentado con penetración vaginal Sí No
- La vagina se siente laxa/suelta durante las relaciones sexuales Sí No
- Disminución de la sensibilidad durante las relaciones sexuales Sí No



PREGUNTAS SOBRE LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA HORMONAL

1. ¿Tienes más de 30 años? () Sí () No
2. ¿Está experimentando alguno de los siguientes?
 - () Pérdida de energía/agotamiento frecuente
 - () Problemas con la memoria, concentración o problemas para identificar palabras correctas
 - () Sudores nocturnos o problemas para dormir
 - () Pérdida de la libido o deseo sexual
 - () Preocupaciones sobre el control del peso

Si respondió afirmativamente a cualquiera de los anteriores, complete el siguiente Cuestionario de Evaluación Hormonal

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN/PROCEDIMIENTOS

Fecha de firma del paciente



Nombre de fecha _____
_____ D O B ____

¿Cuál de los siguientes síntomas se aplica a usted actualmente (en las últimas 2 semanas)? Please marca la casilla adecuada para cada síntoma. Para los síntomas que actualmente no se aplican o que ya no se aplican, marque "nunca"

Síntomas	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Muy fuerte (3)	Muy grave (4)
Sudoración (sudores nocturnos o aumento de episodios de sudoración)					
Sofocos					
Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, dormir toda la noche o despertarse demasiado temprano)					
Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimido, triste, al borde de las lágrimas, falta de impulso)					
Irritabilidad (cambios de humor, sensación agresiva, enojo fácilmente)					
Ansiedad (inquietud interior, sensación de pánico, nerviosismo, tensión interna)					
Agotamiento físico (disminución general de la fuerza muscular o la resistencia, disminución del rendimiento laboral, fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)					
Problemas sexuales (cambio en el deseo sexual, actividad sexual y/o orgasmo y satisfacción)					
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, aumento de la necesidad de orinar, incontinencia)					
Síntomas vaginales (sensación de sequedad o ardor en la vagina, dificultad con las relaciones sexuales)					
Síntomas articulares y musculares (dolor o hinchazón en las articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después del ejercicio)					
Dificultades con la memoria					
Problemas para pensar, concentrarse o razonar					
Dificultad para aprender cosas nuevas					
Dificultad para pensar en la palabra correcta para describir personas, lugares o cosas al hablar					
Aumento de la frecuencia o intensidad de dolores de cabeza y migrañas					
Pérdida de cabello, adelgazamiento o cambio en la textura del cabello					
Siente frío todo el tiempo o tiene las manos o los pies fríos					
Aumento de peso o dificultad para perder peso a pesar de la dieta y el ejercicio					
Piel seca o arrugada					



CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN/PROCEDIMIENTOS

Fecha de firma del paciente