



Brian Raybon, M.D.
F. Stephen Tugbiyele, M.D.
1357 Oconee Connector, Watkinsville, 30677
11660 Alpharetta Highway, Roswell, GA 30076

Patient Information

Nombre/Name: _____ Fecha de Nacimiento/ DOB: _____
Dirección/ Address: _____
Teléfono de casa/ Home Phone: _____ Teléfono de celular/ Cell Phone: _____
Correo electrónico/ Email Address: _____ Estado civil/ Marital Status: _____
Seguro Social/ Social Security: _____ Raza/ Race: _____
Lenguaje de preferencia/ Preferred Language: _____ Etnicidad/ Ethnicity: _____
Nombre del empleador/ Employer Name: _____ Número de teléfono empleador/ Employer Phone: _____
Dirección empleador/ Employer Address : _____

En caso de emergencia, a quien deberíamos contactar? / In the event of an emergency, who would you like us to contact?

Nombre/ Name: _____ Número/ Phone Number: _____
Relación con el paciente/ Relationship to Patient: _____ Núm. de teléfono secundario/ Secondary Number: _____

Información del medico de referencia (Porfavor, liste el doctor primario donde deberíamos enviar las notas)/ Physician Information (Please list primary doctor to send communication)

Nombre del doctor primario/PCP: _____ Número de teléfono/ Phone Number: _____
Dirección doctor primario/ PCP's Address: _____
Nombre doctor quien refirió/ Referring Doctor's Name: _____ Número de teléfono/ Phone Number: _____
Dirección doctor que refirió/ Referring Doctor's Address: _____
Nombre farmacia/Pharmacy Name: _____ Número de teléfono/ Phone Number: _____
Dirección de farmacia/ Pharmacy Address: _____
Nombre OB/Gyn/ Primary OB/Gyn's Name: _____ Número de teléfono: _____
Dirección OB/Gyn/ Primary OB/Gyn's Address : _____

Con pleno conocimiento, todo esto lo estipulado es verdadero y completo. Entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios que se me brindan, le doy permiso a mi médico para intercambiar información médica mutua con el médico y / o asociados que lo derivan. Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos a mi compañía de seguros para obtener un reembolso.

Firma: _____ Fecha: _____



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Authorization for the Release of Protected Health Information

Nombre/Name: _____

Fecha de Nacimiento/DOB: _____ Número de teléfono/ Phone Number: _____

Autorizo a los representantes de Advanced Gynecology a divulgar u obtener la información médica según se indica a continuación

Uno mismo (paciente)/Self (patient)
Obtener de (Obtain from/Enviar a (Release to:

Instalación/Facility: _____

Dirección/Address: _____

Número teléfono/Phone Number: _____

Número de fax/Fax Number: _____

Obtener de/ Enviar a:

Release to/Obtain from:

Advanced Gynecology
1357 Oconee Connector, Athens, 30606
11660 Alpharetta Highway, Roswell, GA 30076

Phone: 678.344.8900 Fax: 678.666.5201

Esta solicitud aplica a/This request applies to:

- Toda información medica/All healthcare information.
- Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas/ Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates:

- Otros/Other: _____

Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____

Autc

 **ADVANCED
GYNECOLOGY**


**ADVANCED MANAGEMENT
SOLUTIONS**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Authorization to Release Medical Information)

Nombre/Name: _____

Fecha de nacimiento/ DOB: _____ Número de teléfono/Phone: _____

Yo autorizo a Advanced Gynecology a divulgar mi información médica a otra persona (s) / miembro (s) de la familia.

I authorize Advanced Gynecology to release my medical information to another person(s)/family member(s).

(Esto está separado del contacto de emergencia y tampoco incluye médicos, ver la página anterior para el lanzamiento médico)

(This is separate from Emergency Contact and also does not include Doctors, see previous page for Medical Release)

Sí o No (Si es, Sí) Nombre/Name: _____

Relación/Relationship: _____ Número de teléfono/Phone Number: _____

Sí o No (Si es, Sí) Nombre/Name: _____

Relación/Relationship: _____ Número de teléfono/Phone Number: _____

Sí o No (Si es, Sí) Nombre/Name: _____

Relación/Relationship: _____ Número de teléfono/Phone Number: _____

Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Póliza Financiera/Payment Policy

Gracias por elegir a Advanced Gynecology como su proveedor. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, se nos ha recomendado desarrollar esta política de pago. Léalo, háganos cualquier pregunta que pueda tener e inicie sesión en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a solicitud.

1. Seguro médico/Insurance. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

2. Co-pagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles se deben pagar al momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si su cuenta se transfiere a una Agencia de cobros, se agregará una tarifa de procesamiento de cobros de \$ 100 a cualquier saldo pendiente.

3. Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de la visita.

4. Proof of insurance. Todo paciente debe completar el cuestionario de información de paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducción y de la tarjeta de su seguro médico actualizada. Su usted no puede proveer estos documentos antes de la visita, usted puede ser responsable por los costos asociados a la visita y procedimientos que se realicen durante su estancia en la oficina.

5. Sumisión de reclamaciones. Nosotros enviaremos sus reclamaciones y le asistiremos de cualquier manera que podamos para que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; Nosotros no somos parte de ese contrato.

6. Cambio de seguro. Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos.

7. Falta de pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta. Tenga en cuenta que si un saldo no se

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

paga, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobro.

8. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar por citas perdidas que no se cancelan dentro de un período de tiempo razonable. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio asistiendo a su cita programada regularmente.

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra área.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus pautas.

Para información adicional o preguntas sobre esta política, por favor contacte a:

Advanced Gynecology Oficina administrativa Lunes-Viernes 8am-5pm 678.344.8900 ext. 802

Firma del paciente o representante

Fecha



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre/Name: _____

Fecha de Nacimiento/ DOB: _____

Doctor quien lo refirió/ Referring Doctor: _____

¿ Tiene usted cardiólogo? /Cardiologist? **SÍ NO** Si tiene un cardiólogo, cuál es el nombre/ If yes, please list their name: _____

Número de teléfono del cardiólogo/Cardiologist Phone: _____ Última cita con el cardiólogo/ If known, please list the date of last appointment: _____

Cuál es la razón de su visita? / What is the reason for your visit today? _____

Vive en un centro de vida asistida/ Do you live in an assisted living facility? **YES NO**

Nombre de la Facilidad/ Name of Facility: _____

Dirección de la Facilidad/Address of Facility: _____

Por favor, liste si tiene alergias a algún medicamento:

Please list any medication allergies:

Reacción que le causa:

Reaction to Medication:

Otras alergias/Other Allergies: _____

¿Usted toma algún medicamento? /Do you take any medications? **SÍ NO**

Liste todos los medicamentos que toma y las dosis (con receta, sin receta y a base de hierbas)/
Please list all medication(s) including dosage (prescription, over-the-counter, and herbal):

Por favor liste su historial medico significativo/Please list all significant medical history: _____

Por favor liste todas las cirugías previas incluyendo el año/ Please list all prior surgeries including the year:

¿Toma medicamentos anticoagulantes recetados? / Do you take prescription blood thinners? **SI NO**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Toma aspirina o medicamentos antiinflamatorios diariamente? / Do you take aspirin or anti-inflammatory medicines daily? **SI NO**

¿Ha tenido un reemplazo de válvula cardíaca? / Have you had a heart valve replacement? **SI NO**

¿Ha tenido un reemplazo de articulación? / Have you had a joint replacement? **SI NO**

¿Es alérgico al látex? / Are you allergic to latex? **SI NO**

¿Es alérgico al contraste intravenoso (tinte)? / Are you allergic to intravenous contrast (dye)? **SI NO**

Historia Social/ Social History

Estado civil actual / Current Marital Status: S M W D Ocupación/Occupation: _____

¿Consume productos de tabaco? Do you use tobacco products: **SI NO**

Tipo/Type: _____

Paquetes por día/ Packs/day: _____

Por cuantos años/How many Years? _____

Ha intentado dejar de fumar/ Tried to quit? _____

Años que lleva sin fumar/ Years since quitting? _____

¿Exposición pasiva al humo? / Passive smoke exposure? _____

¿Bebe alcohol? /Do you drink alcohol: **SI NO**

Cerveza/Beer Vino/Wine Licor/ Liquor

Diario/Daily Semanal/Weekly Mensual/Monthly

Socialmente/ Socially Raramente/ Rarely

Cantidad: _____

Ultima vez que bebio alcohol: _____

¿Tiene un testamento? / Do you have an Advance Directive: **SI NO**

¿Tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes? / Do you have a family history of any of the following:

Enfermedad de la sangre /Blood Disease

Enfermedad de coronaria /Coronary Artery Disease

Trastorno convulsivo /Seizure Disorder

Trastorno de la tiroides /Thyroid Disorder

Infecciones del tracto urinario /Urinary Tract Infections

Migrana/Migraines

Eczema

Diabetes

(Círcule las que aplique)/ (Circle all that apply)

Colesterol alto/ Hyperlipidemia

Enfermedad inflamatoria intestinal/ Inflammatory Bowel Disease

Insuficiencia renal/ Renal Failure

Urolitiasis (piedras del tracto urinario)/ Urolithiasis (Urinary Tract Stones)

Hipertensión (presión arterial alta)/ Hypertension (High Blood Pressure)

Cerebrovascular (accidente cerebrovascular)/ Cerebrovascular (Stroke)

Cancer: Tipo 1. _____

2. _____

Que miembro familiar: 1. _____

2. _____

Otros/Other: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia Quirúrgica/Past Surgical History

Ha tenido cirugía pélvica reconstructiva? **SI NO** Fecha: _____

Ha tenido histerectomía? **SI NO** Fecha: _____

Total/Parcial (ovarios/tubos conservados)? **SI NO**

Ruta (círcule por favor): vaginal laparoscópica asistida robóticamente abierta/abdominal

Por favor lista la o las razones por las cuales tuvo la histerectomía: _____

Historia Ginecológica/ Past OBGYN History

Menarquia/Edad del primer período/ Menarche/Age of first period: _____ Fecha del último período menstrual/Last menstrual period: _____

Período/Periods: regular irregular pesado dolorosos Sexualmente activa/Sexually Active: **SI NO**

¿Sangrado o dolor durante el coito? /Bleeding or Pain during intercourse? **SI NO**

Edad de comienzo de la menopausia (si corresponde)/ Age at menopause (if applicable): _____

¿Sangrado post-menopáusico? / Postmenopausal bleeding? **SI NO**

Año de la última prueba de Papanicolaou (Citología) /Year of last pap smear: _____

¿Historia de Citología anormal? / History of abnormal pap? **SI NO**

Historia de terapia de reemplazo hormonal? / History of hormone replacement therapy? **SI NO** Círcule: oral parche vaginal

Número de embarazos /Number of Pregnancies: _____

Número de nacidos vivos / Number of live births: _____

Número de partos vaginales /Number of Vaginal Deliveries: _____

Número de cesáreas/Number of Cesarean Sections: _____

Mayor peso al nacer /Largest Birthweight: _____

¿Está embarazada actualmente? / Are you currently pregnant? **SI NO**

Último mamograma: _____

¿Tiene un historial de lo siguiente: **(Marque con un círculo todo lo que corresponda)**/Do you have a history of the following: (Circle all that apply)

Quistes ováricos /Ovarian Cysts

Fibromas / Fibroids

Episiotomía / Episiotomy

Endometriosis

Períodos dolorosos pesados/ Heavy Painful Periods

Lesiones pélvicas relacionadas con el parto /Birth Related Pelvic Injury

Infecciones de transmisión sexual /Sexually Transmitted Infections

Fórceps / parto asistida por vacío/ Forceps/Vacuum Assisted Delivery

Desgarro perineal / Perineal Laceration

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Incontinencia fecal/ Fecal Incontinence

Deposición líquida/Liquid Stools **SI NO**
Deposición blanda /Loose Stools **SI NO**
Deposición sólidas/ Solid Stools **SI NO**
Flatus/Gas **SI NO**
Fugas durante las actividades? /Leakage during activities? **SI NO**
Fugas con urgencia. /Leakage with urgency? **SI NO**
¿Con qué frecuencia? / How often?
Diario / Daily Un par de veces por semana /A few times weekly
unas cuantas veces al mes /a few times monthly
¿Usa almohadillas para mantenerse seca? / Use of liners or pads to stay dry? **SI NO**
¿Número de almohadillas por día? / Number of pads per day? _____
¿Tratamientos previos? / Prior Treatments? **SI NO**
¿Medicamentos? / Medications? (Please circle)
Lomotil Lmodium Supplemental fiber
¿Realizas ejercicios de Kegel?/Do you perform Kegel exercises? **SI NO**
¿Ha tenido terapia de piso pélvico/ Biofeedback? / Prior pelvic floor rehabilitation/Biofeedback? **SI NO**
PTNS/ Acupuntura vesical / PTNS/Bladder acupuncture? **SI NO**
¿Neuromodulación sacra / terapia InterStim? /Sacral Neuromodulation/InterStim therapy? **SI NO**
Si es así, ¿de qué lado? / If yes, which side?
Derecho/ Right Izquierdo/ Left Ambos/Both
¿Cirugía del suelo pélvico? /Pelvic floor surgery? **SI NO**

Prolapso del órgano pélvico/ Pelvic Organ Prolapse

Presión pélvica / Pelvic Pressure **SI NO**
Sensación de pesadez / Heaviness Sensation **SI NO**
Sensación de embotamiento / Dullness Sensation **SI NO**
Bulbo Vaginal / Vaginal Bulge **SI NO**
Visible/Visible **SI NO**
Palpable **SI NO**
¿Apoyar manualmente el suelo pélvico para completar un movimiento intestinal? / Manually supporting pelvic floor to complete a bowel movement? **SI NO**
¿Soporte manual del suelo pélvico para completar la micción? / Manually supporting pelvic floor to complete urination? **SI NO**
¿Afecta las relaciones sexuales? / Affects sexual relations? **SI NO**
¿Uso previo del pesario? /Prior Pessary use? **SI NO**
¿Cirugía de prolapso? / Prolapse Surgery? **SI NO**

Disfunción defecatoria/ Defecatory Dysfunction

Urgencia fecal /Fecal urgency **SI NO**
¿Con qué frecuencia tiene una deposición? / How often do you move your bowels?
Diario /Daily Cada otro día/Every other day ___Por semana/per week
¿Consistencia intestinal? / Bowel consistency?
Dura /Hard Formado /Formed Blando/soft
Suelto/ loose Líquido/Liquid
Historia de estreñimiento? / History of Constipation? **SI NO**
Historia de diarrea/History of diarrhea? **SI NO**
¿Sensación de vaciamiento intestinal incompleto? / Sensation of incomplete bowel emptying? **SI NO**
¿Exceso de esfuerzo con los movimientos intestinales? /Excessive straining with bowel movements? **SI NO**
Alguna vez usó o usa actualmente: / Have you ever or do you currently use: Fibra suplementaria / Supplemental fiber Laxantes/Laxatives
Ablandadores de las heces/stool softners Remedios naturales/ natural remedies
Año de última colonoscopia/Year of last colonoscopy: _____
Resultado/Findings: Normal Anormal
Explique/Please describe: _____

Sangrado uterino anormal/Abnormal Uterine Bleeding

¿Experimenta períodos pesados? / Do you experience heavy periods? **SI NO**
¿Cuántas toallas al día? / How many pads per day? _____
¿Cuántos accidentes por día? / How many accidents per day? _____
¿Experimentas coágulos con sus períodos pesados? / Do you experience clots with your heavy periods? **SI NO**
¿Ha tenido una biopsia endometrial? / Have you had a previous endometrial biopsy? **SI NO**
Historia de endometriosis / History of endometriosis? **SI NO**
Historia de fibromas uterinos/ History of uterine fibroids? **SI NO**
¿Antecedentes de sangrado post-menopáusico? / History of post-menopausal bleeding? **SI NO**
¿Tratamientos previos? /Previous treatments? **SI NO**
Si es Sí, describa/ If yes, describe: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tracto urinario inferior / síntomas vaginales/ Lower Urinary Tract/Vaginal Symptoms

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------------------------|---------------------|
| Sequedad vaginal /Vaginal Dryness | SI | NO | | |
| Picazon vaginal/Vaginal itching/irritations | SI | NO | | |
| Flujo vaginal anormal /Abnormal vaginal discharge | SI | NO | | |
| Sangrado/manchado vaginal anormal/ Abnormal Vaginal Bleeding/spotting | SI | NO | | |
| Mes/Año última infección urinaria / Month/Year of last UTI: _____ | | | | |
| Número de infecciones urinarias en los últimos 12 meses/Number of UTIs in the last 12 months: _____ | | | | |
| ¿Uso previo de antibióticos a largo plazo? /Prior long-term antibiotic use? | SI | NO | | |
| ¿Sangre en la orina? / Blood in the urine? | SI | NO | | |
| ¿Cálculos renales o vesicales? / Bladder or Kidney stones? | SI | NO | Ardor al orinar | SI NO |
| Problemas de la uretra/vejiga/riñón en la infancia? / Childhood urethra/bladder/kidney conditions? | | | | SI NO |
| Dolor con la vejiga llena/ Pain with a full bladder | | | | SI NO |
| Alivio del dolor después de vaciar la vejiga / Pain relief after emptying bladder | | | | SI NO |
| Olor urinario / Urinary odor | SI | NO | Orina turbia / Cloudy Urine | SI NO |

¿Tratamientos previos? (**Por favor marque**) / Any Prior Treatments? (Please Circle)

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| Estrógeno vaginal / Vaginal Estrogen | Antibióticos / Antibiotics | Pyridium |
| Suplementos de arándanos /Cranberry supplements | Elmiron | Uribel |
| Lubricantes de venta libre/ Over-the-counter lubricants | Neurontin/Gabapentin | Uristat/Azo |
| Remedios Naturales/Natural Remedies | Cistoscopia /Cystoscopy | |
| Hidrodistensión / Hydrodistention Methenamine / Hiprex | Instilaciones vesicales/Bladder Instillations | Supositorios vaginales de valium |

Dolor pélvico/ Pelvic Pain

¿Experimenta dolor pélvico? / Do you experience Pelvic Pain? **SI** **NO**

Ubicación/ Location: _____

Calidad/ Quality:

Punzante /Sharp palpitante/ Throbbing calambre/ Crampy sordo/ Dull doloroso/Achy

¿Frecuencia? / Frequency? Constante/ Constant Intermitente/ Intermittent

¿Radiación? / Radiation? **SI** **NO**

¿Dónde? / Where? _____

¿Factores exacerbantes? / Exacerbating Factors? **SI** **NO**

¿Cual? / Which? _____

¿Factores de alivio? / Alleviating Factors? **SI** **NO**

¿Cual? / Which? _____

¿Gravedad? /Severity? Mínimo / Minimal Moderado / Moderate Severo / Severe

¿Has recibido algún tratamiento previo? (**Circule todo lo que corresponda**)/Have you received any prior treatments? (Circle all that apply)

| | | |
|---|-------------|--|
| Elavil/Amitriptyline | Elmiron | Pudendal blocks NSAIDs |
| Instilaciones de la vejiga/Bladder instillations | Uribel | Neurontin/Gabapentin |
| Hidrodistensión/Hydrodistention | Pyridium | Narcóticos/Narcotics |
| Terapia Física/Physical Therapy | Uristat/Azo | Cistoscopia/Cystoscopy |
| Supositorios vaginales de Valium/Vaginal Valium Suppositories | | Relajantes musculares orales/Oral Muscle Relaxants |

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Encuesta de vejiga/Bladder Survey

Incontinencia urinaria de esfuerzo/Stress Urinary Incontinence

¿Experimentas fugas con las siguientes actividades? (**Circule lo que corresponda**)/Do you experience leaks with the following activities? (Circle all that apply)

Riendo/Laughing Estornudos/Sneezing Levantando/Lifting agachandose/Bending Ejercicio /Exercise Tosiendo /Coughing
Coito/Intercourse

¿Con qué frecuencia? / How often?

Diariamente/Daily Algunas veces por semana/A few times weekly Algunas veces al mes/A few times a month

¿Realizas ejercicios de Kegel? /Do you perform Kegel exercises? **SI NO**

¿Terapia de piso pélvico/Biofeedback? / Prior pelvic floor rehab/biofeedback? **SI NO**

¿Uso de toallas / almohadillas para mantenerse seca? Use of liners/pads to stay dry? **SI NO**

Número de toallas que se usa para mantenerse por día/ Number of liners/pads used to stay dry per day: _____

¿Goteo de orina después de orinar? /Dribbling of urine after urinating? **SI NO**

Síndrome de vejiga hiperactiva/Overactive Bladder Syndrome

¿Urgencia repentina de vaciar la vejiga? /Urgency/Sudden urge to empty bladder? **SI NO**

¿Va al baño frecuentemente (más de cada 2 horas)? /Frequent bathroom trips (more than every 2 hours)? **SI NO**
Cuantas por día/ How many per day _____

Nocturia / Se levanta por la noche a orinar? / Nocturia/Do you wake up at night to empty bladder? **SI NO**

Cuántas veces por noche? / How many times per night? _____

Fuga de orina con urgencia / necesidad repentina de vaciar la vejiga? / Leakage of urine with urgency/sudden urge to empty bladder? **SI NO**

¿Con qué frecuencia? /How often?

Diariamente/Daily Algunas veces por semana/A few times weekly Un par de veces al mes/A few times monthly

¿Realiza ejercicios de Kegel? /Do you perform Kegel exercises? **SI NO**

¿Rehabilitación previa del suelo pélvico / biorretroalimentación? /Prior pelvic floor rehab/biofeedback? **SI NO**

¿Uso de toallas para mantenerse seca? / Use of liners/pads to stay dry? **SI NO**

Número de toallas que se usa para mantenerse secas por día/Number of liners/pads used to stay dry per day: _____

¿Fuga sin actividad o sensación? /Leakage without activity or sensation? **SI NO**

¿Fugas durante el sueño / enuresis? /Leakage while asleep/bedwetting? **SI NO**

¿Consume sustitutos del azúcar / bebidas cafeinadas / bebidas carbonatadas? /Do you consume sugar substitutes/cafeinated beverages/carbonated beverages? **SI NO**

¿Ha tomado algún medicamento previo para tratar la vejiga hiperactiva? (**Circule todo lo que corresponda**) /Have you taken any prior medications to treat overactive bladder? (Circle all that apply)

Ditropan IR 5mg Ditropan XL 5mg, 10mg Detrol IR 2mg Detrol LA 2mg, 4mgVesicare 5mg, 10mg Oxybutynin IR 5mg

Oxytrol Patch Trosipium/Sanctura IR 20mg Toviaz 4mg, 8mg Trosipium/Sanctura ER 60mg Imipramine 10mg, 25mg

Enablex 7.5mg, 15mg Myrbetriq 25mg, 50mg

¿Alguno de ellos ayudó? / Did any of them help? **SI NO** ¿Cuáles le ayudaron? /Which ones helped? _____

¿Experimentaste efectos secundarios? /Did you experience side effects? **SI NO**

Which ones? / Which ones? _____

Número de idas al baño durante el día/ Number of daytime voids: _____

Numero de idas al baño en la noche / number of nighttime voids: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Ha tenido tratamientos o procedimientos previos para vejiga hiperactiva? /Have you had prior treatments or procedures for overactive bladder? **SI NO**

PTNS / acupuntura en la vejiga? /PTNS/Bladder acupuncture? **SI NO**

Neuromodulación sacra/Sacral Neuromodulation/Interstim? **SI NO**

Si es así, ¿de qué lado? /If yes, which side? Derecha/Right Izquierda/ Left Ambos/ Both

Botox Injection? **SI NO**

¿Cuántos? /How many? _____

Past Neurological History

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|---|-----------|-----------|
| Dolor de espalda/ Back Pain | SI | NO | Hernia discal/ Herniated Disk | SI | NO |
| Cirugía de espalda/ Back Surgery | SI | NO | Derrame cerebral/ CVA/Stroke | SI | NO |
| Enfermedad de Parkinson | SI | NO | Lesión de la médula espinal /Spinal Cord Injury | SI | NO |
| Enfermedad de Alzheimer | SI | NO | Nivel/ Level: _____ | | |
| Esclerosis múltiple / Multiple Sclerosis | SI | NO | Causa/Cause: _____ | | |

Año de diagnóstico /Year of Diagnosis: _____

Año de la lesión /Year of Injury: _____

Sexual Dysfunction

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas con las relaciones sexuales? (**Por favor marque**)

Do you experience any of the following symptoms with intimate relationships? (Please Circle)

| | Dolor durante el sexo/ Pain with sex | Entrada/ Entry | Deep/ Profundo | | |
|---|--------------------------------------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| Fuga de orina /Urine Leakage | | | | SI | NO |
| Fuga intestinal/ Bowel Leakage | | | | SI | NO |
| Sequedad vaginal / irritación / Vaginal Dryness/Irritation | | | | SI | NO |
| Laxitud vaginal /Vaginal looseness/laxity | | | | SI | NO |
| Falta de interés en la intimidad sexual / Lack of interest in sexual intimacy | | | | SI | NO |
| Disminución de la intensidad del orgasmo /Decreased intensity of orgasm | | | | SI | NO |

¿Evita la intimidad sexual debido a alguno de los síntomas anteriores? /Do you avoid sexual intimacy due to any of the above symptoms? **SI NO**
YES NO

Disfunción miccional /Voiding Dysfunction

Vaciado incompleto / Incomplete emptying **SI NO**

Dificultad urinaria/ Urinary Hesitancy **SI NO**

¿Exceso de esfuerzo para mantener el flujo? /Excessive straining to maintain flow? **SI NO**

Corriente anormal de orina /Abnormal Urine Stream **SI NO**

Por favor circule la descripción /Please circle the description:

Lento/Slow

Interrumpido/Interrupted

Débil/Weak

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revision de Sistemas

Constitucional

Cambios en el Apetito/Appetite **SI NO**
 Escalofrío/Chills **SI NO**
 Fatiga/Fatigue **SI NO**
 Fiebre/Fever **SI NO**

Ojos

Visión borrosa/Blurred vision **SI NO**
 Cambios de la vision/vision Changes **SI NO**

Otorrinolaringologia/ ENT

Dolor de Cabeza/Headaches **SI NO**
 Congestión nasal/Nasal congestion **SI NO**
 Ecurrimiento nasal/Runny Nose **SI NO**
 Dolor de en senos paranasales/Sinus pain **SI NO**
 Dolor de garganta/Sore throat **SI NO**

Pecho/Breast

Nódulo/Lumps **SI NO**
 Secreción por el pezon/Nipple discharge **SI NO**
 Hinchazón/Swelling **SI NO**
 Sensibilidad/Tenderness **SI NO**

Cardiovascular

Soplos Cardiacos/Cardiac murmurs **SI NO**
 Dolor en el Pecho/Chest pains **SI NO**
 Latidos del corazón irregulares/Irregular heartbeat **SI NO**

Repiratorio/Respiratory

Dificultad para respirar/Painful respiration **SI NO**
 Falta de Aliento/Shortness of breath **SI NO**
 Silbido en el Pecho/Wheezing **SI NO**

Gastrointestinal

Dolor Abdominal/Abdominal Pain **SI NO**
 Sangrado en las heces/Blood in Stool **SI NO**
 Diarrea/Diarrhea **SI NO**
 Pérdida de Apetito/Loss of appetite **SI NO**
 Nausea **SI NO**
 Vomito/Vomiting **SI NO**

Alergias- inmunológicas/Allergic-Immunologic

Dermatitis Alérgica/Allergic Dermatitis **SI NO**
 Enfermedades frecuentes/Frequent Illness Alergias **SI NO**
 Nasales/Sinus Allergy Symptom **SI NO**

Genitourinario/Genito-Urinary

Disminución deseo sexual/Decreased sex drive **SI NO**
 Disminución de fuerza al orinar/Decreased stream **SI NO**
 Dificultad al orinar/Difficulty voiding **SI NO**
 Cólicos menstruales/Dysmenorrhea **SI NO**
 Dolor al orinar/Dysuria (painful urination) **SI NO**
 Frecuencia urinaria/Frequency of urination **SI NO**
 Incontinencia urinaria/Incontinence **SI NO**
 Orina frecuente durante la noche/Nocturia **SI NO**
 Goteo despues de haber orinado/Post void dribbling **SI NO**
 Retención urinaria/Retention **SI NO**
 Urgencia urinaria/Urgency **SI NO**
 Flujo Vaginal/Vaginal discharge **SI NO**

Neurologico/Neurological

Dolor de cabeza/Headaches **SI NO**
 Incoordinación/Incoordination **SI NO**
 Entumecimiento y homigüeo/Numbness **SI NO**

Musculoesqueletico/Musculoskeletal

Dolor de espalda/Back pain **SI NO**
 Dolor de Huesos/Bone pain **SI NO**
 Dolor de articulaciones/Joint pain **SI NO**
 Dolor muscular/Muscle pain **SI NO**

Endocrino/Endocrine

Intolerancia al frio/Cold intolerance **SI NO**
 Sed excesiva/Excessive thirst **SI NO**
 Exceso de orina/Excessive urination **SI NO**
 Intolerancia al calor/Heat intolerance **SI NO**
 Aumento de peso/Weight gain **SI NO**
 Pérdida de peso/Weight loss **SI NO**

Hematologia/Linfatico-Hematology/Lymphatic

Sangra fácilmente/Easy bleeding **SI NO**
 Moretones con facilidad/Easy bruising **SI NO**
 Ampliación Linfático/Lymph enlargement **SI NO**