Print Send by Mail

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

Querida _____,

Su cita a sido programada para nuestra oficina en [Park City, Lake Forest, Woodstock].

Nosotros hemos imprimido una tarjeta con la fecha y hora de sus citas para su conveniencia.

Siendo un especialista en Uroginecologia y Cirugia Pelvica Reconstructiva, el Dr. Gandhi se beneficiaria al tener informacion especifica acerca de su historial medico. Para ayudarle mejor y acelerar su visita, porfavor tomese el tiempo de llenar y firmar la informacion que le hemos enviado **ANTES** de su visita con el Dr. Gandhi. Porfavor traiga la siguente informacion a su cita:

1. El paquete de informacion completado y firmado. **Porfavor use una PLUMA** para llenarlo.
2. Una lista reciente de los medicamentos que esta tomando.
3. Si es allergica a algun medicamento porfavor traiga una lista de esos medicamentos.
4. Por favor traiga un referido de su doctor primario si es requerido por su aseguranza.
5. Si tiene records medicos y le gustaria que el Dr. Gandhi los revise por favor traigalos a su cita.
6. Su tarjeta de aseguranza medica y su identificacion con foto.
7. Por favor traiga su bejiga llena cuando venga a su cita.

Si tiene alguna duda o preguntas por favor llamenos.

Sinceramente,

La oficina de Sanjay Gandhi, MD

POR FAVOR VEA ATRAS PARA DIRECCIONES

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

Direcciones

Oficina Greenleaf

Routa 41 Hacia el Norte:

120 (Belvidere Rd) Oeste. Mantengase a la derecha y siga los letreros para la salida Fountain Square.
Doble a la derecha (Norte) en la luz hacia Greenleaf. El idificio esta localizado en el lado derecho de el Greeleaf Square Complex.

Ruta 41 hacia el Sur:

Tome la salida en la Washington al Oeste. Cuando llegue a la Greenleaf de vuelta a la izquierda (al Sur).
El edificio esta localizado a al izquierda imediatamente al pasar la corte.

Ruta 83 y tome la Ruta 120:

Vaya al este en la 120 siga los letreros y salga en la rampa Fountain Square, de vuelta ala izquierda en la luz de la Greenleaf. El idificio va a estar en el lado derecho (al este) en el Greenleaf Square Complex.

Ruta 94 hacia el Norte:

Tome la salida 120 (Belvidere Rd) al Este. Siga los letreros hacia la salida Fountain Square Ramp, de vuelta a la izquierda en la luz de la Greenleaf. El esdificio esta localizado a la derecha (al Este) en el Greenleaf Square Complex.

Ruta 94 hacia el Sur:

Tome la salida de la Grand Ave. al Este. De vuelta a la derecha en la Ruta 21. De vuelta a la izquierda en la Washington. Siga hasta la luz de la Greenleaf y de vuelta ala derecha (al Sur). El edificio esta a la izquierda en el Greenleaf Squae Complex.

Woodstock (Campo de Centegra Hospital Woodstock)

3703 Doty Rd.
Medical Building 1
Suite 2
Woodstock, IL 60098

Chicago Office (Presence Resurrection Hospital)

7447 W. Talcott Suite 507
Chicago, IL 60631

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

POLIZA FINANCIERA

Para poder establezer relaciones optimas con nuestros pacientes y evitar malos entendidos o confusions acerca de nuestra poliza pago, nuestros empleados estan capacitados para informarle la poliza financiera de nuestra oficina.

El pago se require para todos los servicios en el momento en que se prestan. Para su conveniencia. Acceptamos pagos en forma de cash, cheque or tarjeta de credito. Como cortesia hacia usted, nosotros participamos con varios planes de seguros. Si usted es miembro de uno de esos planes de seguro, nosotros mandaremos el reclamo a su compania de seguro, si tenemos su numero de seguro en nuestros archivos. Si tenemos su numero de seguro en los archivos, usted nos da permiso de apelar los reclamos en su nombre.

PPO: Su cobertura esta sujeta a todos los terminos y provisiones de su plan de seguro en el momento que los servicios son proveidos. Nosotros aceptamos pagos directamente de su compañia de seguros. Nosotros presentaremos reclamaciones a su seguro primario al igual que a su seguro secundario.
Sin embargo, antes de presentar dichas reclamaciones, se le pedirá que pague cualquier deducible y los servicios no cubiertos y sus copagos, Los servicios no cubiertos no serán facturados a su compañía de seguros, y usted es responsable por el costo de estos servicios.

HMO: Es su responsabilidad preguntarle a su compañia de seguro si las visitas al Dr. Gandhi estan cubiertas. Si usted necesita un referido, es su responsabilidad obtenerlo antes de su cita. Todos los reclamos negados por su seguro debido a la falta de referido es su responsabilidad. Para los servicios no cubiertos, el reclamo no sera enviado a su seguro y usted sera responsible por el costo de estos servicios.

La ley Estatal de Illinois require que las compañias de seguro paguen los reclamos durante los 30 dias de su recepcion. Muchas compañias de seguro an sido muy lentas en re-embolsarle a los medicos por los servicios que an brindado y por lo tanto no estan en conformidad con estas regulaciones. Si nosotros no recibimos el pago de su provedor primario dentro de los 60 días de presentar su reclamo, se le pedirá que pague el la cantidad total.

FUERA DE LA RED: Si usted recibe algun cheque de su compañia de seguro, usted debe presentarlos a nuestra oficina como pago por los servicios. Usted nos da permiso de apelar sus reclamos de seguro en su nombre.

MEDICARE: Nosotros Somos proveedores participantes de Medicare y planes de seguro secundarios y aceptamos la asignación de Medicare. Tu cobertura está sujeta a todos los términos y disposiciones de su plan aplicables en el momento en que se prestan los servicios. Usted es responsable de todos los deducibles y co-pagos, y estamos obligados a colectarlos. Los servicios no cubiertos no serán facturados a Medicare y usted es responsables del costo de estos servicios.

CITAS PERDIDAS: Hacemos todo lo posible para acomodar a los pacientes en la apertura más temprana de nuestro horario. Una falta a su cita es un inconveniente para los pacientes, como usted, esperando a ver al médico. Se le cobrará una cuota de cancelación de $ 20 si usted no cancela la cita de seguimiento 24 horas antes de su hora programada.

SALDO PENDIENTE: Si el saldo no se paga cuando se debe, usted es responsable de todos los costos de recaudación, incluyendo honorarios de el abogado, costos judiciales y honorarios de agencias de cobranza

CHEQUES DEVUELTOS: Habra una cuota de $30 por todos los cheques devueltos.

TARIFAS DE TRANSFERENCIAS: Copiar registros es muy caros. Estamos encantados de proveerle con copias de sus registros por un costo acostumbrado de acuerdo con la ley de Illinois.

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

Entiendo las políticas financieras arriba mencionadas y acepto cumplir con estas políticas. Doy permiso / consentimiento a North Shore

Uroginecology para realizar pruebas de diagnóstico, procedimientos y tratamiento necesarios para mi condición. Autorizo el pago de beneficios médicos para mí (o mis dependientes) directamente a North Shore Urogynecology para servicios profesionales prestados. yo Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar información sobre mis reclamos a North Shore Urogynecology. Permito una copia de este Autorización en lugar del original.

_____ _____
Firma Paciente/Guardian Fecha

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

INFORMACION DE NUEVA PACIENTE

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Sexo F M Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____

Dirreccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Tel # _____ Numero del Trabajo # _____ Numero de Celular # _____

Farmacia _____ Direccion _____ Numero de Tel Farmacia # _____

Empleador _____ Direccion del Trabajo _____

Ocupacion _____ Correo Electronico _____

PADRE / GUARDIAN / INFORMACION DEL ESPOSO

Nombre _____ Sexo F M Seguro Social # _____

Direccion (si es diferente) _____

Numero de Tel # (si diferente) _____ Numero del Trabajo # _____

Empliador _____ Direccion del Trabajo _____

QUIEN LA REFIRIO PARA LA CONSULTA?

Nombre: _____

☐ Familia ☐ Amiga ☐ Doctor ☐ Aseguranza ☐ Radio Internet ☐ Anuncio ☐ Other_____

SU DOCTOR MEDICO: INTERNISTA/PRACTICA GENERAL

Nombre _____

Direccion _____

Tel # _____ Fax # _____

Su doctor la refirio para esta consulta? Si No

CONTACTO DE EMERGENCIA

☐ Sus padres / guardian / informacion de su esposo

Nombre _____ Numero de Tel # _____ Numero del Trabajo # _____

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO (POR FAVOR LLENE TODA LA INFORMACION)

Seguro Primario:

Nombre del asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Direccion del Asegurado: _____

_____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Sexo: M F

Numero de Tel del asegurado: _____

Relacion con la Paciente
- ESPOSA
- PADRE
- GUARDIAN

Nombre del Empleador: _____

Numero del Empleador: _____

Nombre del Seguro: _____

Groupo #: _____

Poliza #: _____

Seguro Secundario:

Nombre del asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Direccion del asegurado: _____

_____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Sex: M F

Numero de Tel del asegurado: _____

Relacion con la Paciente
- ESPOSA
- PADRE
- GUARDIAN

Nombre del Empleador: _____

Numero del Empleador: _____

Nombre de la Aseguranza: _____

Groupo #: _____

Poliza #: _____

Por favor presente su tarjeta de aseguranza a la recepcionista para que pueda hacer una copia.

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION DE ARRIBA ES VERDADERA Y CORRIENTE. TAMBIEN ENTIENDO QUE SI HAY ALGUN CAMBIO EN ESTA INFORMACION, ES MI RESPONSABILIDAD ACTUALIZAR ESTA INFORMACION. YO AUTORIZO EL PAGO DE MIS BENEFICIOS MEDICOS PARA MI MISMA (OH MIS DEPENDES) DIRECCTAMENTE PARA NORTH SHORE UROGYNECOLOGY PARA SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES. TAMBIEN AUTORIZO A NORTH SHORE UROGYNECOLOGY PARA INTERCAMBIAR INFORMACION CON MI COMPANIA DE ASEGURANZA.

_____ FIRMA DE LA PACIENTE/GUARDIAN

_____ FECHA

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

Consentimiento para la publicación y uso de información confidencial y recibo de aviso de privacidad Formulario de práctica

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento a North Shore Uroginecology a utilizar o divulgar, con el fin de realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, toda la información contenida en mis registros.

La notificación de prácticas de privacidad del médico proporciona información detallada la práctica puede usar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que esta disponible para su revisión en la oficina. Entiendo que al preguntar, puedo recibir una copia de este aviso para mis registros.

Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar las prácticas de privacidad Que se describen en el Aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso Revisado Será proporcionado a mí o puesto a mi disposición a petición. Entiendo que este contenido es válido hasta que sea revocada por mí.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita por mi deseo de hacerlo, al médico. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya haya confiado en él para utilizar o divulgar mi información de salud. La revocación por escrito del consentimiento debe ser enviada a la oficina del medico.

Doy permiso para que mis recetas sean enviadas por North Shore Urogynecology Electrónicamente. Esto también puede permitir que las prescripciones en el sistema no prescritas por NSU para ser visible, lo que puede ayudar a detectar las interacciones entre medicamentos.

□ Marque esta casilla solamente si NO da permiso para que sus recetas sean Presentadas electrónicamente.

Firmado: _____ Fecha: _____
Si usted no es el paciente, por favor especifique su relación con el paciente, _____.
Consentimiento para participar en el registro de pacientes Su participación en el Registro de Pacientes nos permite evaluar los tratamientos y sus tasas de éxito. También nos permite ponernos en contacto con usted si se han emitido tratamientos que usted ha sufrido o para presentar nuevas opciones de tratamiento. Todos los análisis de datos se hace sin identificadores de pacientes (por ejemplo, números o nombres de seguridad social) para que su privacidad se mantenga.

□ Consiento que mi información se incluya en el Registro de Pacientes.
□ No consiento a incluir mi información en el Registro de Pacientes.

Firmado: _____ Fecha: _____

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

QUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre:_____ Fecha de hoy: _____
Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento:_____
Edad: _____

Cual es la razon principal de su visita:
_____
_____
_____

MEDICAMENTOS: Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluyendo anticonceptivos, hormonas y vitaminas) y la dosis de cada uno:

MEDICAMENTO	DOSIS	MEDICAMENTO	DOSIS

HISTORIAL MEDICO:

En su infancia tubo (marque todo lo que sea aplicable):

☐Fiebre reumática
☐Rubéola
☐Polio
☐Fiebre Escarlata
☐Infeccion Renal
☐Infeccion de la vejiga
☐Otros Problemas:_____

Como adulto usted tiene (marque todas las que se apliquen):

☐Enfermedades del Corazon (marcapasos, soplos o cirugias)
☐Mal de Parkinson
☐ Enfermedad de Hernias en los discos
☐Presion alta
☐Asthma/Bronquios
☐Epilepsia/Ataques
☐Desorden de la Siatica
☐Arithmia cardiac o Marcapasos
☐Emfisema
☐Cancer Vegija/Riñon/Senos
☐Otro:_____
☐Glaucoma
☐Anemia
☐Derrames
☐Tuberculosis
☐Fibromaalgia
☐Coagulos Sanguineos
☐Reflujo Gastrico
☐Neumonia
☐Diabetis
☐Problemas de la Espalda
☐Sindrome del Intestino Irritable
☐Apnea del Sueño
☐Enfermedad de la Tiroide
☐Artritis
☐Ulceras Stomacales
☐Fibrosis Pulmonar
☐Emfermedades Psiquiatricas
☐Problemas del Higado
☐Depresion
☐Problemas Renales
☐Desorden de Ansiedad
☐Esclerosis Multiple
☐Otro:_____
_____

ALLERGIAS:
Tiene alguna alergia/sensibilidades:..... ☐ SI ☐ NO

Por favor liste los medicaments a los que usted es alergica y que sucede cuando los toma.

Allergias/Sensibilidad	Reaccion Adversa	Allergias/Sensibilidad	Reaccion Adversa

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

HISTORIAL DE CIRUGIAS:

Ha tenido una Histerectomia?.....☐ SI ☐NO

Si fue asi porque y a que edad?_____ Fue: ☐ Vaginal ☐ Abdominal ☐ Laparoscopicas

Le quitaron los Ovarios?.....☐ SI ☐ NO

Ha tenido cirugias para la incontenencia?.....☐ SI ☐ NO

Si fue asi listelas:_____

Ha tenido cirugias para el prolapso?.....☐ SI ☐ NO

Si fue asi, su cirujano uso una "malla"?.....☐ SI ☐ NO

Tubo complicaciones?.....☐ SI ☐ NO

Si fue asi por favor explique:_____

Ha tenido alguna otra cirugia?.....☐ SI ☐ NO

Si es asi por favor liste que tipo de cirugia a tenido, el año y la edad que tenia cuando la operaron.

Cirugia	Edada o Año

Cirugia	Edada o Año

Le an echo una transfucion de sangre?.....☐ SI ☐ NO

Si fue asi tubo usted alguna reaccion a la transfucion de sangre? ☐ SI ☐NO

HISTORIAL FAMILIAR:

Alguien en su familia tuvo alguna de estas enfermedades? Si es así, marque la casilla que da la relación Con usted. (Para tías, tíos, etc., indique si están del lado de su madre [M] o del lado de su padre [P].

No Historial	Enfermedad/Condicion Medica	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hijo	Hija	Tia		Tio		Abuela		Abuelo	
								M	P	M	P	M	P	M	P
☐	Pression Alta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Diabetis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Problemas del Corazon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Cancer en los Ovarios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Cancer de Seno	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Otro tipo de Cancer_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Enfermedades del Riñon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Problemas de coágulos sanguíneos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Incontenencia Urinaria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Prolapso de la vejiga o vagina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Alguna condicion Hereditaria?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HISTORIAL SOCIAL:

1. Usted fuma o fumo en el pasado?.....☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es si, cuantas cajetillas al dia y por cuantos años? _____

2. Usted usa alguna droga recreacional?.....☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es si, por favor listelas: _____

3. Hace ejercicio regularmente?.....☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es si, que tipo de ejercicio y que tan seguido se ejercita? _____

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

4. Estado marital: ☐ Casada ☐ Soltera ☐ Divorciada ☐ Viuda

5. Numero de personas que viven en su hogar: _____

6. Su oupacion: _____

7. Ocupacion de su esposo (si es applicable): _____

8. Usted es sexualmente activa?..... ☐ SI ☐ NO

9. Come pan integral, cereales, frutas y verduras frescas todos los días?..... ☐ SI ☐ NO

10. Usted usa endulzantes artificiales?..... ☐ SI ☐ NO
Si la respuesta es si, por favor especifique cuales:
☐Splenda® ☐Sweet & Low®
☐NutraSweet® ☐Otro:_____

Especifique la cantidad que consume al dia: _____

11. Toma típicamente alguna de las siguientes?.....
(***si la respuesta es si:*** Especifique que tipo y la cantidad que soncume al dia)

		Tipo/Cantidad (por ejemplo 4 coca colas)	**Cuantos al Dia (8, 12, 16 oz)**	**Por cuantos Años**
☐Soda pop	☐ Si ☐ No	_____	_____	_____
☐Diet soda	☐ Si ☐ No	_____	_____	_____
☐Coffee	☐ Si ☐ No	_____	_____	_____
☐Tea	☐ Si ☐ No	_____	_____	_____
☐Alcohol	☐ Si ☐ No	_____	_____	_____

12. Cre usted que la dieta puede afectar sus sintomas pelvicos?..... ☐ SI ☐ NO

13. Usted ve a un doctor regularmente para sus exámenes?..... ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es si, A quien? _____

14. Cre que hay un "Poder Superior" que puede ayudar a una persona a sanar?... ☐ SI ☐ NO

Historial Obstetrico: Historial de Embarazos

Numero de:	Embarazos	Partos	Abortos Espontaneos	Abortos Provocados

Liste el numero total de sus partos de acuerdo a su metodo:

Parto Vaginal	Parto Vaginal con Forceps	Parto vaginal con succion	Cesaria Planeada o electiva	Cesaria despues de contracciones	Cesaria despues de pujar

Parto #	**Vaginal**	**Cesaria**	**Episiotomia**		**Peso**	**lbs**	**oz**	**Cuantas Horas pujo**
			Si	**No**				
1	☐	☐	☐	☐				
2	☐	☐	☐	☐				
3	☐	☐	☐	☐				
4	☐	☐	☐	☐				
5	☐	☐	☐	☐				

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

Historial Ginecologico: Historial Menstrual

Todavia tiene periodos?..... ☐SI ☐NO

Si la respuesta es s**i;** Cuando fue su ultimo period? _____

Sus periodos son regulares?.....☐SI ☐NO

Sus periodos son Abundantes?.....☐SI ☐NO

Cuantas toallas/tampons usa al dia?_____

Alguna vez sangra entre periodos?.....☐SI ☐NO

Tiene dolor con su periodo?.....☐SI ☐NO

Esta usando anticonceptivos?.....☐SI ☐NO

Si la respuesta es si; Que metodo esta usando?_____

Si la respuesta es no; a que edad tubo su menopaucia*?* _____

Esta tomando remplazo hormonal?.....☐SI ☐NO

Si la respuesta es si; por cuanto tiempo los a tomado? _____

SALUD PREVENTIVA

Su ultimo examen	Fecha	Resultado Normal	
Mamografia		☐ SI	☐ NO
Papanicolao		☐ SI	☐ NO
Densidad de los huesos		☐ SI	☐ NO
Colonoscopia		☐ SI	☐ NO

Alguna vez a tenido un papanicolao anormal?.....☐SI ☐NO

Si la respuesta fue es si; fue tratado? _____ Como fue tratado? _____

Salud Ginecologica

☐Gonorrea
☐Chlamidia
☐Enfermedad Inflamatoria Pelvica (EIP)
☐HIV
☐Sifilis
☐Herpes
☐Verrugas Venerias
☐Hepatitis B o C
☐Other:_____

Salud Urologica

Alguna vez a tenido piedras en los riñones o en la vejiga?.....☐SI ☐NO

Es su orina alguna vez sangrienta?.....☐SI ☐NO

Alguna vez a sido tratada por dilatacion uretral (estiramiento de la uretra)?.....☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es si; cuando?_____ Cuantas veces?_____

Le ayudo?.....☐SI ☐NO

HISTORIAL UROGYNECOLOGICA

1. Pierde orina cuando se rie, tose o destornuda?.....☐SI ☐NO

Si la respuesta es si: cuantas veces al dia o a la semana le sucede? _____ desde hace canto le sucede esto?_____

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

2. Pierde orina cuando esta en camino al baño?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: cuantas veces al dia o a la semana le sucede esto? _____

Hace cuanto tiempo le sucede esto?_____
Si contesto que SI a la pregunta 1 o 2, por favor conteste las siguentes preguntas.

Usal toallas sanitarias?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: cuantas usa al dia?_____

Usa toallitas delgaditas?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: cuantas usa por dia?_____

Alguna vez a echo alguna terapia para esta condicion?.....☐SI ☐NO
Alguna vez a tomado algun medicamento para esta condicion?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: cuales? _____

3. Alguna vez a sentido un bulto vaginal?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: hace cuanto tiempo esta teniendo este problema?

Alguna vez a sentido un bulto en el recto?.....☐SI ☐NO

4. Alguna vez a tenido infecciones ecurrentes en la vejiga (mas de 3 por año)?.☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: hace cuanto tiempo esta teniendo este problema?_____

5. Alguna vez a experimentado:
Ardor vaginal?.....☐SI ☐NO
Comezon vaginal?.....☐SI ☐NO
Flujo vaginal?.....☐SI ☐NO

6. Siente resequedad vaginal?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: por favor liste cualquier crema/medicamento que usa para esto? _____

7. Alguna vez experimenta estreñimiento?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: usted toma algo para esto?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: por favor especifique que toma: _____

8. Alguna vez tiene diarrea?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: toma usted algo para esto?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: por favor especifique que toma:_____

9. Alguna vez a experimentado una fuga de heces?.....☐SI ☐NO

10. Despues de orinar usted siente que vacio su vejiga por complete?.....☐SI ☐NO
Que tan frecuente orina? _____ Cuantas veces por dia orina?_____
Cada cuantas horas orina?_____Cuantas veces se despierta en la noche para orinar?_____

Alguna vez tiene una necesidad fuerte de orinar?.....☐SI ☐NO
Siente dolor al orinar?.....☐SI ☐NO

Usted tiene que pujar, hacerse hacia enfrente o pararse para sacar la orina?.....☐SI ☐NO

Usted generalmente gotea orina mientras se levanta o comienza a caminar inmediatamente
después de haber terminado de orinar?.....☐SI ☐NO

11. Es usted sexualmente activa?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: gotea orina durante el acto sexual?.....☐SI ☐NO
Siente dolor cuando tiene relaciones sexuales?.....☐SI ☐NO
Alguna vez sangra cuando tiene relaciones o despues?.....☐SI ☐NO

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

QUESTIONARIO DE ANGUSTIA DEL PISO PELVICO (PFDI)

Por favor conteste todas las preguntas de la siguente encuesta.
Please answer all of the questions in the following survey. Estas preguntas son para saber si tiene algun sintoma especifico con su intestine, vejiga o pelvis y que tan molestos son los sintomas.
Consteste cada pregunta poniendo una X en la caja o cajas apropiadas. Si no esta segura de como contester, por favor trate de contestarlas de la major namera possible.
Al contester estas preguntas por vor considere sus sintomas en los **ultimos 3 meses.**

Nombre:_____ Fecha:_____

			Si la Respuesta es si Cuanto le molesta?			
	Si	**No**	**Nada**	**Poco**	**Moderado**	**Mucho**
1. Alguna vez siente presion en el abdomen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Alguna vez experimenta pesadez en la pelvis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Alguna vez siente un bulto vaginal? O algo saliendo de la vagina?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tiene que empujar en la vaginal o el recto para defecar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Usted experimenta una sensacion de que su vejiga no se vacio por complete?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Alguna vez tiene que empujar con sus dedos el bulto en la vagina para empezar o teminar de orinar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Siente que se tiene que esforzar demasiado para defecar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Despues de defecar siente que vacio su intestine por complete?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Usted suele perder heces fuera de su control si las heces estan bien formadas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Usted suele perder heces fuera de su control si las heces son liquidas o suaves?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Usted suele pasar gas sin control?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Siente dolor cuando pasa las heces?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Experimenta alguna urgencia y tiene que apresurarse al baño para defecar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Alguna vez sus heces salen del recto y forma un bulto mietras defeca o despues?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Experimenta orina con recuencia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Suele experimentatr goteo de orina con la fuerte sensacion de ir al baño?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Experimentaliqueo en pequñas cantidades de orina (gotas)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Alguna vez tiene dificultatad para vaciar si vejiga?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Siente dolor o incomodidad en la parte de abajo del abdomen o en su area genital?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

351 S GREENLEAF SUITE E
PARK CITY, IL 60085

660 N WESTMORELAND DR SUITE 306
LAKE FOREST, IL 60045

3703 DOTY RD SUITE 2
WOODSTOCK, IL 60098

7447 W. TALCOTT SUITE 507
CHICAGO, IL 60631

SANJAY GANDHI, M.D.
NORTH SHORE UROGYNECOLOGY
UROGYNECOLOGY & RECONSTRUCTIVE PELVIC SURGERY
PHONE: (847) 234-1100
FAX: (847) 775-0703
WWW.PARTNERSINPELVICHEALTH.COM

PROLAPSO DE ORGANO PELVICO/INCONTENENCIA URINARIA
QUESTIONARIO DEFUNCION SEXUAL

Instrucciones: A continuacion ay una serie de preguntas acerca de su vida sexual con su pareja**.** Toda la infomacion ese estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales seran usadas para ayudarle a su doctor para que entienda lo que es importante en la vida sexual de sus pacientes.
Por favor marque la caja correspondiente a su respuesta.

A. A tenido relaciones sexuales en los ultimos 6 meses?.....☐SI ☐NO
Si la respuesta es si: Por favor conteste la pregunta de acuerdo a su experiencia actual.
Si la respuesta es no: Por favor conteste las preguntas de acuerdo a su actividad sexual en el ultimo año.

B. Si no es sexualmente activa explique el por que? (por favor marque una o mas)

☐Incontenencia
☐Miedo a la Incontenencia
☐Dolor en la vejiga
☐Falta de deseo sexual
☐Falta de deseo en su pareja
☐Enfermedad Cronica
☐Dolor Vaginal
☐Situaciones estresantes en su hogar
☐Impotencia en su pareja
☐Ardor
☐No tiene pareja
☐Otro: _____

C. A que edad paro su actividad sexual? _____

	Siempre	**Generalmente**	**A Veces**	**Raramente**	**Nunca**
1. Que tan frecuente tiene deseo sexual? Este deso puede incluir quere tener sexo, planear tener sexo, sentirse frustrada por la falta de sexo etc.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tiene usted orgasmos cuando tiene relaciones con su pareja?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se siente sexualmente excitada cuando tiene relaciones con su pareja?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Que tan satisfecha esta con la variedad de actividad sexual en su vida actual?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Siente dolor cuanto tiene relaciones sexuales?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tiene incontenencia urinaria (gotea orina) cuando tiene relaciones sexuales?	☐	☐	☐	☐	☐
7. El miedo a la incontenencia (urinaria o heces) limita su actividad sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Evita usted las relaciones sexuales debido al bulto vaginal (ya sea de la vejiga, recto o vaginal se estan cayendo)?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Cuando tiene relaciones con su pareja tiene algun sentimiento negative como miedo, asco, verguenza o culpa?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tiene su esposo problemas de erecciones que afecta su vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Su pareja tiene problemas de eyaculacion precoz que afecta su vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐

12. Comparado con orgasmos anteriores, que tan intesnsos an sido sus orgasmos en los ultimos seis meses?	**Mucho menos intenso**	**Menos intensos**	**Igual de Intensos**	**Mas Intensos**	**Mucho mas Intensos**
	☐	☐	☐	☐	☐

Su fuga de orina o prolapso a afectado su:

	Nada	**Un Poco**	**Moderado**	**Mucho**
1. La abilidad de completer las tareas del hogar?	☐	☐	☐	☐
2. Recreacion fisica como caminar, nadir o ejercitarse?	☐	☐	☐	☐
3.Actividades de Entretenimiento (el cine, conciertos, etc)?	☐	☐	☐	☐
4. La abilidad de viajar en carro, o autobus por mas de 30 minutos?	☐	☐	☐	☐
5. La participacion de actividades sociales fuera de su hogar?	☐	☐	☐	☐
6. Condiciones Emocionales (nervios, depression etc.)?	☐	☐	☐	☐
7. Sentimientos de frustracion?	☐	☐	☐	☐

Gracias por llenar este questionario por favor recuerde traerlo con usted a su primera visita.