**Aimee Nguyen, M.D.**

**Informacion De Paciente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | | | | Fecha de Nacimiento | | | | | | Edad |
| Direccion Ciudad Estado Codigo Postal | | | | | | | | | | |
| Telefono Particular | | Telefono del Trabajo | | | | | | Telefono Celular | | |
| No. De Seguro Social | | | | | Estado Civil: C S V D | | | | | |
| Etnicidad: | Idioma: | | | | | | Correo Electronico: | | | |
| **Contacto De Emergencia** | | | | | | | | | | |
| Nombre De Emergencia | | | | | | Relacion | | | | |
| Numero De Emergencia | | | Telefono Trabajo | | | | | | Telefono Celular | |
| **Informacion De Pharmacia** | | | | | | | | | | |
| Nombre de Pharmacia Direccion Telefono | | | | | | | | | | |
| Nombre De Empliador Informacion | | | | | Informacion De Empliador De Conyuge | | | | | |
| Nombre De Empliador | | | | | Nombre De Conyuge | | | | | |
| Ocupacion | | | | | Conyuge Empliador | | | | | |
| **Informacion Primario Del Seguro** | | | | | | | | | | |
| Nombre De Seguro Primario | | | | | Numero De ID | | | | | |
| Nombre De Suscriptor | | | | | Numero De Grupo | | | | | |
| Fecha De Nacimiento Del Suscriptidor | | | | | Co-pago $ Plan De Prescripcion: Si No | | | | | |
| **Informacion Secundario Del Seguro** | | | | | | | | | | |
| Nombre De Seguro Secundario | | | | | Numero De ID | | | | | |
| Nombre De Suscriptor | | | | | Numero De Grupo | | | | | |
| Fecha De Nacimiento Del Suscriptidor | | | | | Co-pago $ Plan De Prescripcion: Si No | | | | | |

**Autorizacion Y Asignacion de Seguros**

Autorizo ​​a North Dallas Urogynecology, PLLC a liberar a mi compañía de seguros y/o sus agentes la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios de lanzamiento. Autorizo ​​el pago de todos los beneficios a North Dallas Urogynecology, PLLC. Entiendo que, en última instancia, soy responsable de todos los servicios, ya sea que estén cubiertos por un seguro o no. Autorizo ​​a mi médico, según su criterio, a acceder a mi cuadro para la revisión de la gestión de la utilización y para ver mi historial de recetas de fuentes externas.

Fecha Firma

**Lanzamiento De Informacion Autorizado**

Por favor, marque abajo para la autorizacion de información sobre su asistencia sanitaria y/o disposiciones financieras:

Autorizo Informacion SOLO para mi: \_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Autorizo Informacion para el Conyuge: \_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Nombre De Conyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizacion de Informacion para otro Individual: \_\_\_ SI \_\_\_\_ No

Nombre Y Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preferencias**

Prefiero ser contactado de la siguiente manera:

Telefono#: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dejar mensaje con Informacion Detallada.

Dejar mensaje solo con numero de Contacto.

NO deje mensaje.

Estoy plenamente consciente de que mi información de salud será transmitida por transmisión electrónica,

transmisión de fax, internet o correo electrónico.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Guardian Fecha

**Consentimiento para recibir mensajes de texto sobre recordatorio de citas:**

**Pacientes en Nuestra Practica**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Consiento en recibir mensajes de texto de la práctica en mi teléfono celular y cualquier número enviado o transferido a ese número para recibir recordatorios de citas. Entiendo que esta solicitud para recibir mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras a menos que solicite un cambio por escrito.

El numero de **Telefono Celular** que Autorizo recibir es:

* + TEXTO de Recordatorio
    - (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

La practica no cobra por este servicio, pero las tarifas estándar de mensajes de texto pueden aplicarse según lo estipulado en su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de precios y los detalles).

**North Dallas Urogynecology**

**Medicina Pelvica Femenina y Cirugia Reconstructiva**

CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

Nombre:

Edad:

Fecha: \_

Doctor Practicular: Ginecologo:

Nombre: Direccion:

Telefono:

Nombre: Direccion:

Telefono: \_

Nombre del Urologo (si corresponde):

A quien le agradecemos por referirnos a nosotros?

Porfavor describa con sus propias palabras la naturaleza de sus problemas ginecologicos:

Cuando se dio cuenta por primera vez del problema \_

Describa tratamientos anteriores (medicinas, cirugias, etc.) de su visita de hoy:

Tiene Alguna Alergia a los Medicamentos? Si No

Si respondio si, Porfavor incluye nombre de medicamento o radiografia, tintes y **describa el tipo de reaccion**:

**Historial Medico: (Porfavor Marque)**

Enfermedad del Corazon VIH Colesterol Alto Acidez

Alta Presion Sanguinea Ulceras Estomagales Trastorno Convulsivo Ansiedad-Depresion

Diabetes Enfermedad del Riñon Paralisis psiquiatrica

Anemia Enfermedad del Higado Hepatitis B/C Glaucoma

Tiroides Piedras de Vejiga Problemas de Espalda Lesiones Graves/Accidente

Coagulos de Sangre Sangrado Esclerosis Multiple Enfermedad Parkinson’s

Ataque al Corazon Tos Cronica Asma Enfisema Infeccion frecuente de la Vejiga Papanicolau Anormales Insuficiencia Cardiaca Congestiva Cancer, Si respondio si, que tipo que tipo de tratamiento: enumere otras condiciones medicas no mencionadas:

**Historia Quirurgica**

Te hicieron una Histerectomia? S/N

*Si…por que razon?*

*…a que edad?*

*Que tipo de incision? Abdominal*

Le han extirpado los ovarios? S N

*Vaginal*

*Laparoscopico*

Ha tenido alguna cirugia para problemas de incontinencia o vejiga? S N

*Si…que tipo y a que edad?*

Por favor enumere cualquiera otra operacion que haya tenido y su edad:

**Familia Y Historia Social**

Tiene algun familiar que tuvo estas enfermedades? Si es asi, porfavor de indicar su relacion, contigo.

Alta Presion Sanguinea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ataque al corazon

Cancer (tipo)

Cancer de Senos

Coagulos de sangre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cancer de Ovarios

Enfermedad de Corazon

Diabetes

Enfermedad de Riñon

Osteoporosis

Relajacion del Utero o la Vagina

Incontinencia Urinaria

Otras Enfermedades Hereditario Eres: actual fumador formal fumador no fumador

Si es asi…cuantos paquetes por dia

Bebes alcohol? S N

Si es asi…cuantas bebidas por semana

Uso de drogas recreativas? S N

Su ocupacion

Cuantos años?

Estado civil actual (porfavor marque): Soltera/o Casada/o Divorciada/o Viuda/o

Numero de Embarazos

Numero de Abortos Involuntario

Numero de Niños

Numero de Abortos

Fecha del ultimo periodo menstrual:

**Medicamentos:**Porfavor nombre sus medicamentos actuales (hormonas, Anticonceptivos, y vitaminas, incluir dosis)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos** | **Dosis** | **Frecuencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Revision de los Sintomas:** Porfavor marque cualquier sintoma que haya tenido en los ultimos meses:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sintomas Generales** | **Hematologico/Alergia** | **Gastrointestinal** | **Cardiovascular** |
| Fiebre/Resfriado | Coagulacion | Dolor Abdominal | Dolor de pecho |
| Cambio de apetito | Glandulas Hinchadas | Diarrea | Respirasion Dificultad |
| Dolor de cabeza | Fiebre de heno | Sangre en las Heces | Vena Varicosa |
| Cambio de peso | Sangrado Prolongado | Indigestion | Hinchazon de piernas |

Nausea/Vomito Moretones con facilidad Estreñimiento

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Neurologico**  Perdida de memoria | **Endocrino**  Sed excesiva | **Musculoesqueletico** Dolor en las articulaciones | **Otorrinolaringologia**  Perdida de audicion  Cambio Visual |
| Mareos  Entumecimiento  Entremecimiento  Insomnio Temblores  Perdida de Equilibrio | Intolerancia al calor/frio  Fatiga excesiva | Dolor de espalda  Debilidad | Frio  Tos  Dolor de garganta  Vision borrosa Ojos secos  Historia de glaucoma |
| **Piel**  Erupcion cutanea  Cambio de apariencia o tamaño de lunar sobre la piel | **Respiratorio** Sibilancias Tos frecuente  Expectorar Sangre  Dificultad para respirar | **Ginecologico**  Dolor de pecho o bulto  Sofocos Sangrado vaginal Flujo vaginal | **Psiquiatrico**  Sintomas depresivos Pensamientos de suicidio Anciedad  Alto nivel de estres  Dificultad para recordar |

Nombre

Fecha

Mientras responda estas preguntas, considere sus sintomas en los ultimos tres meses. Somos conscientes de que es posible que no tenga problemas en algunas de estas areas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Experimenta y de ser asi, cuanto le molesta…..* | *Nada* | *Algo* | *Moderadamente* | *Bastante* |
| Por lo general, experimenta dolor en la parte inferior del abdomen o region genital? |  |  |  |  |
| Por lo general, experimenta pesadez o presion en la pelvis? |  |  |  |  |
| Por lo general, tiene un bulto o algo que se cae que pueda ver o sentir en la parte vaginal? |  |  |  |  |
| Por lo general, experimenta una sensacion de vejiga incompleta al vaciar? |  |  |  |  |
| Siente que se esfuerza demasiado para tener una evacuacion intestinal? Estreñimiento? |  |  |  |  |
| Siente que no ha vaciado por completo su intestino al final de una evacuacion intestinal? |  |  |  |  |
| Alguna vez has tenido que empujar la vagina o alrededor del recto? |  |  |  |  |
| Suele perder las heces fuera de su control, sis u heces esta bienformada o suelta? |  |  |  |  |

1. Pierdes orina con actividades como:al toser, estornudar, reir, levantar, doblar, saltar, trotar o hacer ejercicio?
   * Si? con que frecuencia ?#Veces\_\_\_\_/dia o # veces\_\_\_\_/semana. Por cuantos años? \_\_\_\_
     1. Porfavor marquee con un circulo las actividades anteriores que esto ocurre.
     2. Es esto socialmente molesto? Si o No
2. Cuando tiene ganas de orinar, puede perder orina antes de llegar al baño a tiempo?

Si o No

* + Si? con que frecuencia? #Veces\_\_\_\_/dia o # veces /semana. Por cuantos años? \_\_\_\_
    1. Es esto socialmente molesto? Si o No

1. Con que frecuencia suele sentir ganas de orinar en promedio?

* \_\_\_\_\_Cada 30m–1hr \_\_\_\_\_Cada1hr–2hr
* \_\_\_\_\_ Cada 2hr–3hr \_\_\_\_Cada 3hr–4hr
  + 1. Es esto socialmente molesto? Si o No

1. Con que frecuencia se levanta de noche para orinar?
   * Se levanta de noche debido a la urgencia o por tener el sueño ligero?
2. Pierdes orina sin ningun tipo de advertencia o movimiento? Si o No
   * Si? con que frecuencia ?# Veces /dia o # Veces /semanas.
3. Ha mojado su cama mientras duerme? Si o No
   * Si? Con que frecuencia?# Veces\_\_\_/dia o # Veces\_\_\_\_/semanas.

**Labioplastia**

Esta insatisfecha con la apariencia de sus labios vaginales debido a la longitude, pigmentacion, tamaño o asimetria. Si o No.

**Rejuvenecimiento Vaginal**

Su vagina se siente suelta con un tono muscular minimo? Si o No