

# CUESTIONARIO UROGINECOLÓGICO PARA LA PACIENTE

Fecha de la cita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿A qué médico viene a ver hoy? Dr. Carley Dr. Boreham Dr. Roshanravan Dr. Kinman

Nombre/dirección del proveedor médico que la refiere:

¿Se ha atendido con un ginecólogo en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

Nombre y número del ginecólogo: \_\_\_\_\_

Nombre y número del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Si la refirió un proveedor médico, ¿podemos enviarle correspondencia sobre su visita y cuidados médicos?  
..... **Sí No**

¿Qué es lo que más le molesta de la vejiga u órganos pélvicos? (Describalo en sus propias palabras)

¿Durante cuánto tiempo le ha ocurrido esto? \_\_\_\_\_

El problema (*Haga un círculo alrededor de una opción*): **está empeorando está mejorando  
no ha cambiado**

Indique cualquier otra inquietud que tenga sobre la vejiga u órganos pélvicos que quiere mencionar en su visita \_\_\_\_\_

1. Indique si pierde orina involuntariamente cuando hace lo siguiente: (Haga un círculo en todo lo que corresponda)

- |                          |  |                      |
|--------------------------|--|----------------------|
| a. Toser                 | b. Caminar                             | c. Levantar algo     |
| d. Ejercicio             | e. Estornudar                          | f. Reírse            |
| g. Aclararse la garganta | h. Correr                              | i. Pararse           |
| j. Orgasmo               | k. Presión con las relaciones sexuales | l. Lavarse las manos |
| m. Ver agua              | n. Meter la llave en una cerradura     | o. Bañarse           |
| p. Agua fría             | q. Otro _____                          | r. Otro _____        |

2. De la lista anterior, ¿en cuáles 3 situaciones le molesta más cuando pierde orina accidentalmente?  
\_\_\_\_\_

3. ¿Hasta qué punto le molesta perder orina accidentalmente?

(*Haga un círculo en solo una*) **para nada levemente moderadamente muchísimo**

4. ¿Ha perdido alguna vez orina cuando estaba acostada?..... **Sí No**

5. ¿Ha tenido alguna vez una necesidad urgente de orinar y pierde orina accidentalmente antes de llegar al inodoro? .....**Sí No**

Si es así, ¿cuánto le molesta esto?

(*Haga un círculo en solo una*) **nada levemente moderadamente muchísimo**

6. Haga un círculo alrededor de la palabra que mejor describa su sensación de urgencia cuando tiene llena la vejiga. (*Haga un círculo en solo una*) **ninguna leve moderada intensa**

7. ¿Alguna vez ha perdido orina de repente cuando está sentada tranquila sin sentir ninguna urgencia para orinar? ..... **Sí No**

8. ¿Alguna vez se le vacía completamente la orina sin un motivo aparente? ..... **Sí No**

9. ¿Se da cuenta cuando pierde orina accidentalmente? ..... **Sí No**

10. ¿Tenía un problema de orinarse en la cama después de los 5 años de edad? ..... **Sí No**

11. ¿Se despierta mojada por la noche? ..... **Sí No**
12. ¿Se orinó en la cama alguna vez en el último año? ..... **Sí No**
13. ¿Comenzó su problema con la orina después de dar a luz? ..... **Sí No**
14. ¿Comenzó su problema con la orina después de una operación? ..... **Sí No**
15. ¿Comenzó su problema con la orina después de un tratamiento con rayos X? ..... **Sí No**
16. ¿Pierde un poco de orina cuando se para o tose después de orinar?..... **Sí No**
17. ¿Se le vacía completamente la vejiga cuando tiene un ataque de carcajadas?..... **Sí No**
18. ¿Pierde gotas de orina accidentalmente? ..... **Sí No**
19. ¿Pierde grandes cantidades de orina accidentalmente? ..... **Sí No**
20. ¿Pierde chorros esporádicos de orina accidentalmente? ..... **Sí No**
21. ¿Pierde flujos continuos de orina accidentalmente? ..... **Sí No**
22. ¿Cuántas veces al día pierde orina accidentalmente? \_\_\_\_\_
23. Si no ocurre diariamente, ¿cuántas veces a la semana pierde orina accidentalmente? \_\_\_\_\_
24. ¿Usa una toalla sanitaria protectora? ..... **Sí No**

Si es así, ¿cuántas cada día \_\_\_\_\_ cada noche \_\_\_\_\_?

25. Indique si ha modificado las siguientes actividades debido a la pérdida accidental de orina: (*Haga un círculo en todo lo que corresponda*)

Viajar

Actividades sociales

Recreación física (ejercicio, caminar, deportes)

Otra \_\_\_\_\_

26. ¿Cree que es suficientemente problemático como para considerar una cirugía? ..... **Sí No**
27. ¿Siente un deseo intenso de orinar a menudo? ..... **Sí No**
28. ¿Orina con frecuencia por temor a perder orina accidentalmente? ..... **Sí No**
29. ¿Orina con frecuencia porque tiene dolor en la vejiga o miedo al dolor? ..... **Sí No**
30. ¿Le duele al orinar? ..... **Sí No**

Si es así, ¿cuándo ocurre esto? (*Haga un círculo en todo lo que corresponda*)

**Solo al terminar de orinar**

**Solo cuando tengo una infección**

**Después de orinar**

31. ¿Tiene dolor cuando la vejiga se empieza a llenar y menos dolor después de que se vacía? ... **Sí No**
32. ¿Cuántas veces orina durante el día? \_\_\_\_\_
33. ¿Cuántas veces se despierta por la noche para orinar? \_\_\_\_\_
34. ¿Se tarda mucho tiempo antes de que pueda empezar a orinar? ..... **Sí No**
35. ¿Se coloca en diferentes posiciones para poder vaciar la vejiga? ..... **Sí No**
36. ¿Tiene que esforzarse para vaciar la vejiga? ..... **Sí No**
37. ¿Ejerce usted misma presión en la parte inferior del abdomen para que pueda comenzar a orinar? **Sí No**
38. ¿El chorro de orina es débil o prolongado? ..... **Sí No**
39. ¿Tiene una sensación de que no ha vaciado la vejiga completamente después de orinar? ..... **Sí No**
40. Cuando orina, ¿el chorro de orina comienza y se detiene? ..... **Sí No**
41. ¿Siente presión vaginal o pélvica? ..... **Sí No**
42. ¿Puede ver o siente algo que sobresale de la vagina? ..... **Sí No**
43. ¿Alguna vez ha usado un pesario (un aditamento que apoya hacia arriba los órganos pélvicos) en el pasado? ..... **Sí No**
44. ¿Se presiona alrededor del ano o la vagina durante las evacuaciones intestinales (al defecar)? **Sí No**
45. ¿Tiene manchas de heces en la ropa interior? ..... **Sí No**
46. ¿Pierde el control de los gases intestinales (flatulencia)? ..... **Sí No**
47. ¿Pierde el control de las heces líquidas? ..... **Sí No**
48. ¿Pierde el control de las heces bien formadas? ..... **Sí No**
49. ¿Tiene problemas de estreñimiento? ..... **Sí No**
50. ¿Ha observado sangre en las heces? ..... **Sí No**

51. ¿Ha recibido tratamiento para 3 o más infecciones en la vejiga o los riñones en su vida? ..... **Sí** **No**
52. ¿Ha recibido tratamiento para una infección en la vejiga o los riñones en el último año? ..... **Sí** **No**  
 Si es así, ¿cuántas infecciones ha tenido en el último año? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue la última? \_\_\_\_\_
53. ¿Ocurren al cabo de uno o dos días después de tener relaciones sexuales? ..... **Sí** **No**
54. ¿Se han diagnosticado las infecciones con cultivos de orina? ..... **Sí** **No**
55. ¿Alguna vez ha observado sangre en la orina? ..... **Sí** **No**  
 Si es así, ¿le ha dolido cuando observa sangre? \_\_\_\_\_
56. ¿Le ha salido grava, arena o cálculos (piedras) en la orina? ..... **Sí** **No**
57. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para tumores en los riñones o la vejiga? ..... **Sí** **No**
58. ¿Es activa sexualmente? ..... **Sí** **No**  
 Si es así, ¿con qué frecuencia tiene relaciones sexuales? \_\_\_\_\_
59. ¿Siente alguna molestia con las relaciones sexuales? ..... **Sí** **No**
60. ¿Siente resequedad vaginal con las relaciones sexuales? ..... **Sí** **No**
61. ¿Tiene usted o su pareja dificultades o inquietudes sexuales?..... **Sí** **No**
62. ¿Desea recibir tratamiento debido a alguna situación sexual?..... **Sí** **No**
63. ¿Fuma usted? **Nunca No Sí** Si es así, ¿cuántas cajetillas al día? \_\_\_\_\_
64. ¿Cuántos vasos de 8 onzas de agua bebe al día? \_\_\_\_\_
65. ¿Cuántos vasos de 8 onzas de otros líquidos bebe al día? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué otros tipos de líquidos, que no sean agua, bebe habitualmente al día?  
 Café \_\_\_ oz, Té \_\_\_ oz, Soda \_\_\_ oz, Bebidas alcohólicas \_\_\_ oz, Jugos de fruta \_\_\_ oz
66. ¿Ha recibido tratamiento previamente debido a la pérdida accidental de orina? ..... **Sí** **No**
67. ¿Se ha operado alguna vez debido a la pérdida accidental de orina? ..... **Sí** **No**
68. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos debido a la pérdida accidental de orina? ..... **Sí** **No**
69. Indique otros tratamientos que ha recibido debido a la pérdida accidental de orina \_\_\_\_\_
70. ¿Tiene un prolapso de la válvula mitral? ..... **Sí** **No**
71. ¿Tiene una válvula artificial en el corazón? ..... **Sí** **No**
72. ¿Se ha hecho una operación de reemplazo de articulación (cadera, rodilla, etc.)? ..... **Sí** **No**
73. ¿Usa antibióticos antes de un procedimiento por algún motivo? ..... **Sí** **No**  
 Si es así, indique los motivos \_\_\_\_\_
74. Indique si tiene alguno de los siguientes problemas médicos: (*Haga un círculo en todo lo que corresponda*)
- |                                 |                                 |                        |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| a. Diabetes mellitus            | b. Enf. de tiroides             | c. Anemia perniciosa   |
| d. Parálisis                    | e. Derrame cerebral             | f. Esclerosis múltiple |
| g. Enf. de Parkinson            | h. Cirugía de espalda o cerebro | i. Fibromialgia        |
| j. Coágulos en piernas/pulmones | k. Tos crónica                  | l. Fuma                |
| m. Marcapasos                   | n. Insuf. cardíaca              | o. Problemas de peso   |
| p. Glaucoma                     | q. Otro _____                   | r. Otro _____          |
75. Indique los medicamentos que toma/usa actualmente (incluya vitaminas o medicamentos sin receta).
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

76. Indique todas las alergias y las reacciones que tiene a ellas:

| <i>Alergias</i> | <i>Reacción que ha tenido</i> |
|-----------------|-------------------------------|
|                 |                               |
|                 |                               |
|                 |                               |

77. Indique cualquier otro problema médico por el cual ha recibido tratamiento médico en el pasado.

---



---

78. ¿Le han hecho las siguientes operaciones/procedimientos? (Si es así, indique el año y el motivo de cada procedimiento)

| Cirugía/Procedimiento      | Año | Motivo de la cirugía/procedimiento |
|----------------------------|-----|------------------------------------|
| Extracción del útero       |     |                                    |
| Extracción de los ovarios  |     |                                    |
| Cirugía de vejiga          |     |                                    |
| Cirugía de cerebro/espalda |     |                                    |
| Cistoscopia                |     |                                    |
| Estudio urodinámico        |     |                                    |
| Dilatación de uretra       |     |                                    |
| Otro                       |     |                                    |

79. Si le han extraído el útero, ¿se hizo el procedimiento por el abdomen o la vagina? \_\_\_\_\_

80. Si le han hecho una cirugía de la vejiga, ¿se hizo por el abdomen o la vagina? \_\_\_\_\_

81. ¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

82. ¿Cuántos partos vaginales ha tenido? \_\_\_\_\_

83. ¿Cuántos partos por cesárea ha tenido? \_\_\_\_\_

84. ¿Se usaron los fórceps en alguno de sus partos? \_\_\_\_\_

85. ¿Se le hizo una episiotomía en alguno de sus partos? \_\_\_\_\_

86. ¿Cuánto pesó su bebé más grande al nacer? \_\_\_\_\_

87. ¿Cuándo fue su último parto? \_\_\_\_\_

88. ¿Cuál fue la fecha de su último período menstrual? \_\_\_\_\_

89. ¿Qué tipo de anticonceptivo usa? \_\_\_\_\_

90. ¿Cuál fue la fecha de su último Papanicolaou? \_\_\_\_\_

91. ¿Cuál fue la fecha de su última mamografía? \_\_\_\_\_

92. ¿Es usted menopáusica?..... **Sí No**

Si es así, ¿ha tomado hormonas alguna vez?..... **Sí No**

¿Toma hormonas actualmente?..... **Sí No**

93. Si ha tomado hormonas previamente, pero ahora no, ¿cuándo dejó de tomarlas? \_\_\_\_\_

94. Si ha tomado hormonas previamente, pero ahora no, ¿por qué dejó de tomarlas? \_\_\_\_\_

95. ¿Algún miembro de su familia tiene un historial de pérdida accidental de orina? .....**Sí No**

Si es así, ¿qué parentesco guarda con usted?

96. ¿Tiene familiares con un problema de prolapso o protuberancia vaginal? ..... **Sí No**

Si es así, ¿qué parentesco guarda con usted?

97. ¿Tiene un **HISTORIAL FAMILIAR** de lo siguiente? Si es así, ¿con quién?

|                          | Familia de su padre | Familia de su madre | Hermanos, hijos, sobrinos |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Cáncer del seno:</b>  |                     |                     |                           |
| <b>Cáncer de colon:</b>  |                     |                     |                           |
| <b>Cáncer de ovario:</b> |                     |                     |                           |

¿Algún hombre en su familia ha desarrollado una enfermedad del corazón antes de los 55 años? S / N

¿Alguna mujer en su familia ha desarrollado una enfermedad del corazón antes de los 65 años? S / N

**OTROS DATOS CLÍNICOS PERTINENTES:** Si actualmente tiene algún problema en las siguientes áreas, ***haga un círculo alrededor del problema y explíquelo.***

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>SÍNTOMAS GENERALES</b>             | Escalofrío/fiebre, agotamiento, debilidad/poca energía, cambio de peso sin motivo aparente.  |
| <b>OJOS</b>                           | Pérdida o cambio repentino de la vista, vista borrosa o doble, ardor o picazón (comezón); lágrimas excesivas, enrojecimiento, secreción, glaucoma, cataratas, otro   |
| <b>OÍDOS/NARIZ/<br/>BOCA/GARGANTA</b> | Sensibilidad al sonido, dolor de oído, zumbido de oídos, vértigo, infección de senos nasales, sangrados nasales, estornudos/secreción nasal frecuente, dificultad para respirar, boca reseca, dolor de garganta, sangre en encías, dificultad para tratar o incapacidad para saborear alimentos, otro                    |
| <b>CARDIOVASCULAR</b>                 | Dolor de pecho, palpitaciones, soplo cardíaco, pulso irregular, cambio de color en dedos de manos/pies, hinchazón en tobillos, dolor de piernas al caminar, presión arterial alta/baja, colesterol elevado, insuficiencia cardíaca, marcapasos/desfibrilador, otro   |
| <b>RESPIRATORIO</b>                   | Tos, flema, dolor de pecho al inhalar profundo, silbidos en el pecho, falta de aire, dificultad para respirar, asma, otro  |
| <b>GASTROINTESTINAL</b>               | Dolor abdominal, náuseas/vómito, indigestión/acidez, estreñimiento/diarrea, otro   |
| <b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>             | Dolor de huesos/músculos/articulación, calambre muscular, rigidez, sonido al mover una articulación, otro  |
| <b>INTEGUMENTARIO (PIEL)</b>          | Picazón (comezón), pequeñas masas en la piel (papilomas), cambios en: cicatrices, lunares, llagas, lesión, color o textura de uñas, otro   |
| <b>SENOS</b>                          | Dolor, sensibilidad al tacto o hinchazón, masas o bultos, quistes, dolor antes de la menstruación en los senos; historial de secreción o cambios en pezones, otro  |
| <b>NEUROLÓGICO</b>                    | Entumecimiento, hormigueo, mareos, desmayo o pérdida del conocimiento, convulsiones, pérdida de memoria, dificultad para prestar atención, incapacidad para concentrarse, disfunción en el habla o lenguaje, alteraciones sensoriales/motoras, como al caminar, del equilibrio y coordinación, temblor o parálisis, otro |
| <b>PSIQUIÁTRICO</b>                   | Depresión, preocupación excesiva, estrés, ideas suicidas, tristeza persistente, ansiedad, falta de placer en las actividades habituales, falta de energía, intranquilidad, irritabilidad, cambios excesivos en el estado de ánimo, otro  |
| <b>ENDOCRINO</b>                      | Cambios repentinos en estatura y/o peso, mayor apetito o sed, intolerancia al calor o frío, cambios en distribución del cabello o pigmentación de la piel  |
| <b>HEMATOLÓGICO/<br/>LINFÁTICO</b>    | Fácil formación de moretones, fiebre que comienza y desaparece, ganglios hinchados, sudor nocturno, sangrado poco común, otro  |
| <b>ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO</b>          | Alergias a medicamentos o alimentos, látex, alergia al polen. Ronchas y/o picazón, estornudos frecuentes, goteo posnasal crónico o transparente, conjuntivitis, historial de infección crónica, otro   |

*Gracias por su tiempo para responder este cuestionario.*