



DATOS DEMOGRÁFICOS

Información del paciente: ¿Necesita ayuda con los formularios?
Género: Hombre Mujer Otro
Idioma preferido: Inglés Español Otro
Seguro social: Estado civil: Raza:
Teléfono: Correo electrónico:
¿Podemos dejar: un mensaje de voz detallado? un mensaje de texto detallado?
Médico de atención primaria: (Nombre) (Teléfono)
Médico de referencia: (Nombre) (Teléfono)
Farmacia preferida: (Nombre) (Teléfono)
¿Cuenta con un cardiólogo? Nombre del cardiólogo: (Teléfono)
Contacto de emergencia: (Nombre) (Teléfono) Relación:
¿Vive en una institución de vivienda asistida? Nombre de la institución:
(Ciudad) (Estado) ¿Tiene una Directiva anticipada (Testamento en vida)?

EMPLEO

Empleador: Ocupación
Teléfono (Dirección)
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado una copia de las Prácticas de Privacidad de Advanced Urology según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) para asegurarme de que he sido informado(a) de mis derechos de privacidad. Iniciales aquí

Nombre del paciente: Fecha nac.: Teléfono:
Autorizo a Advanced Urology para que divulgue mi información médica a las personas u organizaciones que se indican a continuación:
Nombre: Nombre:
Relación: Teléfono: Relación: Teléfono:

Al firmar este documento, reconozco lo siguiente:

- He revisado esta autorización para divulgar mi historial médico y confirmo que es correcta.
• Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto por un periodo de 1 (un) año, a menos que sea revocada.
• Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a:
Advanced Urology, ATTN: Medical Records
1561 Janmar Rd., Snellville, GA 30078: La revocación se hará efectiva una vez recibido el aviso.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Firma del paciente (o tutor) Fecha



POLÍTICA DE PAGO

Por favor, ponga sus iniciales y firme en señal de aceptación y consentimiento del Tratamiento Médico, el Aviso de Prácticas de Privacidad, la Autorización para divulgar información médica y la Política de Pago.

Gracias por elegir a Advanced Urology como su proveedor. Nos comprometemos a proporcionarle una atención médica asequible y de calidad. Por favor, asegúrese de leer cuidadosamente nuestra Política de Pago. Se proporcionará una copia a pedido.

- **Seguro.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
- **Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si su cuenta es transferida a una agencia de cobranzas, se añadirá un cargo de 100 dólares por procesamiento de cobranza a cualquier saldo pendiente.
- **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
- **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de consultar con el médico.
Para proporcionar una prueba de seguro, debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación.
- **Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que estas sean pagadas. Por favor, tenga en cuenta que cualquier saldo no pagado es su responsabilidad.
- **Cambios en la cobertura.** Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus máximos beneficios.
- **Falta de pago.** Si su cuenta está atrasada más de 90 días, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranzas.

_____ INICIALES AQUÍ

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO

He revisado y doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Solicito voluntariamente tratamiento y consiento a que mi proveedor me proporcione atención. Dicha atención puede incluir, entre otras cosas, procedimientos de diagnóstico, extracciones de sangre, pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento y proceso de atención.
- Reconozco que mi tratamiento está destinado a tratar enfermedades específicas y no pretende sustituir a un médico de atención primaria y que no se puede dar o se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Advanced Urology.
- En el caso de que un empleado se pinchara con una aguja o se expusiera de alguna otra manera a mi sangre o fluidos corporales, consiento en que se me haga una prueba de VIH o de Hepatitis C y B.

_____ INICIALES AQUÍ

FIRMAS

Al firmar abajo, reconozco que he revisado la política de pagos de Advanced Urology y doy mi consentimiento para el tratamiento médico.

Escriba el nombre de la persona que firma: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente (o tutor)

Fecha

Autorización para obtener información médica protegida

Nombre del paciente (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (INICIAL SEGUNDO NOMBRE) _____
_____ (Sufijo) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono: _____

Autorizo a Advanced Urology a obtener y a las instituciones nombradas a divulgar a Advanced Urology mi información médica.

Esta divulgación se aplica a:

Toda mi información médica

Información médica relacionada con el siguiente tratamiento, dolencia o fechas

Otro

Solo para uso de oficina

Institución: (Nombre) _____

Dirección:

Teléfono: _____

(Fax) _____

Firma del paciente (o tutor)

_____/_____/_____
Fecha

Escriba el nombre de la persona que firma

Relación con el paciente



	Paciente Nombre: _____ Por favor, indíquenos el motivo de su visita de hoy: _____	Fecha de nacimiento: _____								
	¿Le han informado que tiene alguna alergia nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, llene abajo) <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Curitas/Adhesivos <input type="checkbox"/> Yodo									
ALERGIAS	• Lista de todas las alergias a los medicamentos <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%; text-align: center;">Nombre del medicamento</th> <th style="width:50%; text-align: center;">Reacción al medicamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nombre del medicamento	Reacción al medicamento						
	Nombre del medicamento	Reacción al medicamento								
• ¿Es alérgica al colorante IVP? _____										
ACTUALES	• Enumere TODOS los medicamentos actuales, incluyendo los de venta libre, los anticonceptivos, las vitaminas, las hierbas y los recetados. <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%; text-align: center;">Nombre y dosis del medicamento</th> <th style="width:50%; text-align: center;">Nombre y dosis del medicamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nombre y dosis del medicamento	Nombre y dosis del medicamento						
	Nombre y dosis del medicamento	Nombre y dosis del medicamento								
DOLENCIAS	• Enumere TODAS las dolencias actuales o anteriores • Enumere TODAS las cirugías incluyendo el año <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>									
Gine	• ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé • Número de embarazos: _____ • Número de partos vaginales: _____ • Partos por cesárea: _____ • Fecha del último periodo: _____									
HISTORIAL	¿Hay antecedentes familiares de cáncer? Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor responda lo siguiente:								
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Madre: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida Padre: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido								
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Causa de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____								
	¿Relación? _____ Tipo: _____									
CONSUMOS	Consumo de tabaco • ¿Consume productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Cuánto tiempo?) _____ (¿Cuánto?) Paquetes por día: _____ • ¿Fue fumador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Fecha en que dejó de fumar?) _____									
	Consumo de alcohol • ¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Tipo?) <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor ¿Cuánto? _____ tragos por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes (¿Fecha del último trago?) _____ / _____ / _____									
	Consumo de drogas ¿Utiliza habitualmente alguna sustancia ilegal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									



Nombre:

Fecha nac.:

Fecha de hoy:

**Las siguientes preguntas se refieren a su vagina y otros órganos reproductivos.
Por favor, revise y responda todas las preguntas lo mejor que pueda.**

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Presión en la parte inferior del abdomen	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Pesadez o entumecimiento en el área pélvica	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Un bulto o algo que se cae y que se puede ver o sentir en el área vaginal	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Tener que presionar la vagina o alrededor del recto para tener o completar una deposición	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Sensación de vaciado incompleto de la vejiga	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Tener que empujar con los dedos un bulto en el área vaginal para iniciar o completar la micción	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante

• ¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para el prolapso?

Cirugía [Tipo _____] Pesario Terapia física para el suelo pélvico

• ¿Ha sido sometida a una histerectomía?

Sí No

▪ ¿Se le extirparon los ovarios y tubos?

Sí No No lo sé

▪ ¿Se le extirpó el cuello uterino?

Sí No No lo sé

▪ ¿Cuál fue la ruta de la histerectomía?

Vaginal Laparoscópica/Robótica

Vaginal

Laparoscópica/Robótica

Abierta/Abdominal

• ¿Ha tenido alguna otra cirugía en los órganos reproductivos, la vejiga, la uretra o el recto/ano?



- ¿Sufre de sequedad vaginal? Sí No
- ¿Tiene secreción vaginal? Sí No
- ¿Tiene picazón o irritación vaginal o vulvar? Sí No
- ¿Es sexualmente activa?
 - Con (Marque todo lo que corresponda) Hombres Mujeres Ambos
 - ¿Sufre de dolor al tener sexo? Sí No
 - ¿Alguno de los siguientes puntos le impide tener una vida sexual saludable? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Pérdida de orina Pérdida de heces Sequedad vaginal Laxitud vaginal
 - Protuberancia vaginal Falta de interés Dificultad para llegar al orgasmo
- ¿Actualmente sufre de dolor pélvico? Sí No
 - En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:
 - Ubicación: _____
 - ¿Durante cuánto tiempo ha tenido esto? _____ • Gravedad **(Marque uno)**: Mínima Moderada Grave
 - Escala dolor **(Marque con círculo) [0 = Sin dolor, 10 = Dolor terrible]** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Tipo **(Marque uno)** Agudo Punzante Palpitante Acalambrado Sordo Doloroso
 - ¿Radiación? (Se extiende hacia otro lugar): Sí No Dónde: _____
 - Factores exacerbantes (lo empeoran): _____
 - Factores de alivio (lo mejoran): _____
 - ¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos para el dolor pélvico? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Elavil/Amitriptylina Uribel Prelief Neurontin/Gabapentina NSAIDS
 - Supositorios de Valium Uristat/Azo Pyridium Relajantes musculares Narcóticos
 - Bloqueo del nervio pudendo Instilaciones de la vejiga Hidrodistensión Cistoscopia
 - Elmiron/PPS Crema/tabletas de estrógeno Terapia láser Botox



- ¿Está teniendo algún sangrado vaginal inesperado o periodos intensos? Sí No
 - En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:
 - ¿Cuántas toallas higiénicas usa diariamente? _____ ▪ ¿Cuántos accidentes tiene por día? _____
 - ¿Sufre de coágulos con los periodos intensos? Sí No
 - ¿Le han hecho una biopsia endometrial anterior?
 - ¿Ha sido sometida a algún tratamiento anterior para esto?
 - En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?
 - Quistes ováricos Fibromas Periodos intensos Periodos dolorosos Endometriosis
 - STD Lesión pélvica relacionada con el nacimiento Episiotomía Parto mediante fórceps/ventosa
 - Laceración perineal que implica el recto Fístula Sangrado posmenopáusico



Nombre:	Fecha nac.:	Fecha de hoy:
---------	-------------	---------------

Las siguientes preguntas se refieren a su función intestinal. Por favor, revise y responda todas las preguntas

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Necesidad de pujar para defecar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Sensación de que no ha vaciado completamente los intestinos al terminar de defecar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Pérdida de heces fuera de su control si las heces están bien formadas	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Pérdida de heces fuera de su control si las heces están sueltas	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Pérdida de gases por el recto fuera de su control	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Dolor al evacuar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Fuerte necesidad de correr al baño para defecar	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Parte de su intestino pasa por el recto y sobresale por fuera durante o después de una deposición	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Bastante
• Si tiene pérdidas de heces y/o gases, ¿con qué frecuencia sucede esto? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Unas cuantas veces por semana <input type="checkbox"/> Unas cuantas veces al mes <input type="checkbox"/> Cada pocos meses	
• ¿Utiliza paños o protectores para la pérdida de heces?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• ¿Sufre de estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• ¿Sufre de heces duras que son difíciles de evacuar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• En promedio, ¿cuántas deposiciones tiene a la semana?	_____
• ¿Tiene diarrea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



• **¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos para los intestinos? (Marque todo lo que corresponda)**

- Suplementación con fibra Ablandadores de heces Laxantes Enemas Linzess/Linaclotida
- Prudac/Prucaloprida Xifaxin/Rifaximina Viberzi/Eluxadolina Lomotil
- Imodium Otro _____

• **¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para la filtración intestinal? (Marque todo lo que corresponda)**

- Esfincteroplastia PNE/Interstim PTNS Inyección de Solesta Botox
- Esfínter artificial TOPAS Engrosamiento del esfínter anal Terapia física para el suelo pélvico

• **¿Cuándo fue su última colonoscopia? _____**

- Normal Anormal [Resultados _____]

• **¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)**

- Hemorroides Fisuras anales Fístulas anales Enfermedad inflamatoria intestinal
- Cáncer colorrectal Prolapso rectal IBS Motilidad GI lenta Enfermedad celíaca
- Enfermedad de Hirschsprung Otro _____



Nombre:	Fecha nac.:	Fecha de hoy:
---------	-------------	---------------

**Las siguientes preguntas se refieren a su vejiga y función urinaria.
Por favor, revise y responda todas las preguntas lo mejor que pueda.**

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? De ser así, cuánto le molesta (Marque todo lo que corresponda)	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?			
	En absoluto	Un poco	Medianamente	Bastante
1. Micción frecuente	0	1	2	3
2. Pequeñas cantidades de pérdida de orina (gotas)	0	1	2	3
3. Pérdida asociada con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño	0	1	2	3
4. Pérdida de orina relacionada con actividad física (tosar, estornudar o reír)	0	1	2	3
5. Dificultad para vaciar la vejiga	0	1	2	3
6. Dolor o malestar en la parte inferior del abdomen o región genital	0	1	2	3
¿La pérdida de orina ha afectado su(s) (Marque todo lo que corresponda)	En absoluto	Ligeramente	Medianamente	En gran medida
1. Disposición para hacer las tareas domésticas (cocinar, lavar la ropa, limpiar la casa)	0	1	2	3
2. Recreación física como caminar, natación u otro ejercicio.	0	1	2	3
3. Actividades de entretenimiento (películas, conciertos, etc.)	0	1	2	3
4. Disposición para viajar en auto o autobús a más de 30 minutos de distancia de casa	0	1	2	3
5. Participación en actividades sociales fuera de casa	0	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> • Si marcó "Sí" a cualquiera de los problemas anteriores, ¿durante cuánto tiempo ha estado experimentando esto? <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> Alrededor de 1 año <input type="checkbox"/> Alrededor de 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 5 años <input type="checkbox"/> Más de 5 años • En promedio, ¿cuántas veces orina durante el día (horas de vigilia)? _____ • En promedio, ¿cuántas veces orina durante la noche (horas de sueño)? _____ • Si pierde orina, ¿con qué frecuencia ocurre esto? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Unas cuantas veces por semana <input type="checkbox"/> Unas cuantas veces al mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Nunca <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si pierde orina, ¿cuánta pierde en un momento dado? <input type="checkbox"/> Gotas <input type="checkbox"/> Pequeñas salpicaduras <input type="checkbox"/> Más ▪ ¿La pérdida de orina ha hecho que se sienta frustrada? <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Medianamente <input type="checkbox"/> Mucho ▪ ¿Alguna vez ha perdido orina al dormir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▪ ¿Alguna vez ha perdido orina sin darse cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • ¿Qué eventos desencadenan la pérdida de orina? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Toser <input type="checkbox"/> Reír <input type="checkbox"/> Estornudar <input type="checkbox"/> Ejercitarse <input type="checkbox"/> Tener sexo <input type="checkbox"/> Cambiar de posición <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Otro: _____ 				



- ¿Ha notado alguno de los siguientes con respecto a su flujo de orina? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Lento para empezar (titubeo)
 - Flujo débil
 - Flujo lento
 - Flujo intermitente
 - Goteo hasta terminar el flujo
 - Doble vaciado
- ¿Necesita hacer algo de lo siguiente para vaciar la vejiga? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Inclinarsse
 - Presionar la parte baja del abdomen
 - Empujar la protuberancia vaginal
 - Cambiar de posición
 - Usar catéter
- ¿Ha sufrido de una infección de tracto urinario (UTI) con un cultivo de orina positivo en el último año? Sí No
 - Si es así, ¿cuántas ha tenido en el último año? _____
 - ¿Cuándo fue la más reciente (fecha)? _____
 - ¿Cree que pueda tener una hoy? Sí No
- ¿Ha notado sangre en la orina? Sí No
- ¿Tiene ardor o dolor al orinar? Sí No
- ¿Alguna vez siente dolor asociado con la vejiga llena? Sí No
- ¿Alguna vez ha probado algún medicamento para la vejiga? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Detrol/Tolterodina
 - Ditropan/Oxibutinina
 - Vesicare/Solifenacina
 - Sanctura/Trospio
 - Toviaz/Fesoterodina
 - Enablex/Darifenacina
 - Myrbetriq/Mirabegron
 - Cardura/Flomax
 - Elmiron/PPS
 - Metenamina/Hiprex
 - D-Mannose
 - Antibióticos
- ¿Ha tenido algún efecto secundario por los medicamentos anteriores? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Boca seca
 - Ojos secos
 - Estreñimiento
 - Retención de orina
 - Vaciado deficiente
 - Otro
- ¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?
 - Glaucoma
 - Gastroparesia/Tránsito GI lento
 - Demencia
 - Hipertensión
 - Miastenia grave
 - Prolongación de QT
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos/procedimientos para la vejiga?
 - Cinta/Esfínter
 - Engrosamiento uretral
 - Botox en la vejiga
 - PTNS
 - PNE/Interstim
 - Hidrodistensión
 - Terapia física para el suelo pélvico
 - Otro _____



Nombre del paciente (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (INICIAL SEGUNDO NOMBRE) _____

(Sufijo) _____

Fecha de nacimiento: __/_____/_____
Teléfono: _____

Es posible que reciba terapia con opioides/narcóticos a corto plazo después de la operación como tratamiento para el dolor. Es vital que entienda que estas drogas son muy útiles pero tienen un potencial de uso indebido y por lo tanto están estrechamente controladas por los gobiernos locales, estatales y federales.

Este tratamiento tiene como objetivo:

- Reducir el dolor
- Mejorar su nivel de funcionamiento en la realización de sus actividades cotidianas.

Nuestro objetivo en Advanced Urology es no iniciar o continuar la terapia con opioides siempre que sea posible, pero a veces esto puede estar justificado para un manejo más efectivo del dolor.

NINGÚN médico de la práctica de Advanced Urology prescribirá recetas a largo plazo para el dolor crónico. Cualquier persona que necesite una terapia con opioides/narcóticos a largo plazo para el dolor crónico será remitida a un especialista en el manejo del dolor.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los posibles efectos secundarios y riesgos de estos medicamentos incluyen, pero no se limitan a:

- Cambios de humor
- Somnolencia
- Mareos
- Estreñimiento
- Náuseas
- Confusión
- Disminución de la función sexual y de la libido (Sus niveles hormonales pueden controlarse durante el tratamiento)

Muchos de estos efectos secundarios se resolverán en días o semanas. El estreñimiento a menudo persiste y puede requerir medicación adicional.

Si persisten otros efectos secundarios, se pueden probar diferentes opioides, o se pueden discontinuar.

Usted **NO** debe:

- **Operar un vehículo o maquinaria**
 - Se considera médicamente aceptable conducir mientras se toman opioides para el dolor crónico siempre que no se tengan efectos secundarios como sedación o alteración del estado mental. Estos efectos secundarios no suelen ocurrir mientras se toman opioides/narcóticos de forma crónica. Sin embargo, es posible que se considere que usted está conduciendo bajo la influencia del alcohol si la policía lo detiene mientras conduce.
- **Consumir NINGÚN tipo de alcohol mientras toma opioides/narcóticos**
 - Los efectos del alcohol y los sedantes se suman a los de los opioides/narcóticos. Si toma estas sustancias en combinación con opioides/narcóticos, puede producirse una situación peligrosa, como el coma, el daño a los órganos o incluso **LA MUERTE**.
- **Tomar cualquier otro sedante no prescrito mientras toma opioides/narcóticos**

Iniciales del paciente: _____



RIESGOS

- **Dependencia**
 - La dependencia física es un efecto secundario previsto de la terapia con opioides/narcóticos a largo plazo. Esto significa que si usted toma opioides/narcóticos continuamente, y luego los deja abruptamente, experimentará síndrome de abstinencia. Este síndrome a menudo incluye sudoración, diarrea, irritabilidad, insomnio, secreción nasal, lagrimeo, dolor muscular y óseo, piel de gallina y pupilas dilatadas. El síndrome de abstinencia puede poner en peligro la vida. Para prevenir estos síntomas, los opioides/narcóticos deben tomarse regularmente o, si se dejan de tomar, deben reducirse gradualmente bajo la supervisión de su médico.
- **Tolerancia**
 - Con el uso continuado, es posible que se presente tolerancia al efecto analgésico de los opioides/narcóticos. Esto significa que se necesita más medicación para lograr el mismo nivel de control del dolor que se experimentó cuando se inició la terapia con opioides/narcóticos. Esto puede ocurrir aunque no haya habido ningún cambio en su condición subyacente de dolor. Cuando se produce la tolerancia, a veces es necesario disminuir o suspender el opioide/narcótico. A veces la tolerancia puede tratarse sustituyendo un opioide/narcótico por otro. Al inicio, se deben ajustar las dosis de los medicamentos para lograr un efecto terapéutico y de alivio del dolor; los ajustes ascendentes durante este periodo no se consideran tolerancia.
- **Aumento del dolor (Hiperalgnesia)**
 - Se desconocen los efectos a largo plazo de los opioides/narcóticos en los sistemas de lucha contra el dolor del propio organismo. Algunas pruebas sugieren que los opioides/narcóticos pueden interferir en la modulación del dolor, lo que da lugar a una mayor sensibilidad al mismo. A veces, las personas que han tomado opioides/narcóticos durante mucho tiempo, pero que siguen teniendo dolor, notan una disminución del mismo después de varias semanas sin tomar los medicamentos.
- **Adicción**
 - La adicción es una enfermedad primaria, crónica, neurobiológica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en el desarrollo y las manifestaciones. Se caracteriza por comportamientos que incluyen uno o más de los siguientes:
 - Deterioro del control sobre el uso de las drogas
 - Uso compulsivo
 - Uso continuado a pesar del daño
 - Ansias

RIESGO PARA LOS NIÑOS POR NACER

Los niños nacidos de mujeres que toman regularmente opioides/narcóticos probablemente serán físicamente dependientes al nacer. Las mujeres en edad de procrear deben mantener un control de la natalidad seguro y eficaz mientras estén en terapia de opioides y narcóticos.

Si queda embarazada, contacte inmediatamente con su médico para que le reduzcan o detengan la medicación.

EFFECTOS SECUNDARIOS A LARGO PLAZO

El efecto a largo plazo de la terapia con opioides y narcóticos no se conoce del todo. La mayoría de los efectos a largo plazo se ha indicado anteriormente. Si tiene preguntas adicionales sobre los posibles efectos a largo plazo de la terapia con opioides y narcóticos, consulte a su médico.

Iniciales del paciente: _____



USO Y PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS OPIOIDES/NARCÓTICOS

Su médico le recetará la medicación para controlar el dolor. Basándose en sus necesidades individuales, se le proporcionará la medicación prescrita a corto plazo o después de la operación.

- Usted acepta y entiende que el aumento de su dosis sin la estrecha supervisión de su médico podría conducir a una sobredosis de drogas, causando sedación severa, depresión respiratoria y/o la muerte.
- Usted está de acuerdo y entiende que los medicamentos opioides y narcóticos han sido estrictamente prescritos para usted, y que estos NUNCA deben ser suministrados a otras personas.
- Usted está de acuerdo en adquirir las recetas de opiáceos/narcóticos en una farmacia.
- Usted está de acuerdo en guardar sus medicamentos opioides y narcóticos en un lugar seguro y bajo llave para evitar su pérdida o robo. Usted es responsable de cualquier pérdida o robo.
- Usted acepta que las recetas o medicamentos que resulten perdidos, robados o destruidos no serán reemplazados, y pueden resultar en la interrupción del tratamiento.
- Usted se compromete a obtener medicamentos opioides y narcóticos de un médico que se los prescriba o del reemplazo de dicho médico si el médico que se los prescribió no se encuentra disponible y ha autorizado a su reemplazo para que le proporcione el tratamiento.
- Usted acepta someterse a análisis de sangre y/u orina para controlar los niveles de medicación u otras drogas y cualquier efecto secundario en los órganos. También acepta que se notifiquen los resultados a otros médicos y a las fuerzas del orden.
- Usted entiende y acepta que si pierde su medicación o se le acaba antes de tiempo debido al uso excesivo, puede experimentar y pasar por la abstinencia de opioides/ narcóticos. Además, usted entiende y acepta que es el único responsable de sus propios medicamentos.
- Usted se compromete a proporcionar una lista de su farmacia en la que se detallen todos los medicamentos recibidos de esa farmacia y a proporcionar listas actualizadas según lo solicite su médico.

Para los pacientes que toman metadona: La metadona tiene interacciones significativas con muchos otros medicamentos. Algunos de estos medicamentos pueden reducir la capacidad de su organismo para metabolizar la metadona, AUMENTANDO así este opioide en su cuerpo, lo que podría ser peligroso. Por lo tanto, mientras tome metadona usted DEBE notificar a este consultorio acerca de TODOS los medicamentos prescritos que tome para CUALQUIER dolencia.

SE PODRÍA DESCONTINUAR LA TERAPIA CON OPIOIDES/NARCÓTICOS SI USTED:

- Desarrolla una tolerancia progresiva que no puede ser manejada con el cambio de medicamentos.
- Experimenta efectos secundarios que no se pueden controlar.
- Experimenta una disminución de la función o un mal control del dolor.
- Desarrolla signos de adicción
- Abusa de cualquier otra sustancia controlada (esto puede determinarse mediante análisis de sangre y orina al azar)
- Obtiene y/o consume drogas callejeras (esto puede determinarse mediante análisis de sangre y orina al azar)
- Aumenta la medicación sin el consentimiento de su médico
- Obtiene opioides/narcóticos de otros médicos o fuentes
- Adquiere recetas en otras farmacias sin explicación
- vende, regala o pierde medicamentos
- Infringe cualquiera de los términos de este acuerdo

Iniciales del paciente: _____



AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- He leído y entiendo completamente el Acuerdo y Consentimiento Informado entre Médico y Paciente para Terapia con Opioides o Narcóticos para el Tratamiento del Dolor
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto (incluido el no tratamiento), posibles riesgos, complicaciones, efectos secundarios y beneficios.
- Acepto y estoy de acuerdo en asumir los riesgos del tratamiento propuesto tal como se presenta.
- Estoy de acuerdo en cumplir con los términos de este acuerdo.

Nombre del paciente (Escriba claramente)

Firma del paciente

Fecha

Nombre del testigo (Escriba claramente)

Firma del testigo

Fecha

Nombre del médico (Escriba claramente)

Firma del médico

Fecha