NEW YORK GYNECOLOGY SURGERY & ENDOMETRIOSIS

Cuestionario de Endometriosis

Para pacientes que acuden a una consulta de endometriosis

Pankaj Singhal, MD, MS, MHCM, FACOG

Nombre de la paciente _____ **Fecha** _____

Fecha de nacimiento _____ **Médico que la refirió** _____

Por favor complete este formulario antes de su cita. Responda lo mejor que pueda: una respuesta aproximada es más útil que un espacio en blanco. Marque todas las casillas que correspondan. Si una pregunta no aplica a usted, déjela en blanco.

PARTE A | SU HISTORIA DE ENDOMETRIOSIS

1. SU DIAGNÓSTICO Y SUS METAS

¿Alguna vez le han diagnosticado endometriosis? ☐ Sí - por cirugía / biopsia ☐ Sí - por imágenes (resonancia / ultrasonido) ☐ Sospechada solo por síntomas ☐ Todavía no

Edad al iniciar los síntomas _____ **Edad al sospecharse la endo** _____ **Edad al diagnóstico** _____

En sus propias palabras, ¿cuál es su principal preocupación hoy? _____

¿Consideraría una histerectomía si se la recomendaran? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Qué es lo más importante para usted? (marque todo lo que aplique) ☐ Aliviar el dolor ☐ Obtener un diagnóstico / respuestas ☐ Quedar embarazada ☐ Conservar mi útero ☐ Conservar mis ovarios ☐ Una solución duradera / definitiva

2. HISTORIA MENSTRUAL

Edad de su primera regla _____ **Días de sangrado** _____ **Edad al iniciar el dolor menstrual** _____

¿Todavía tiene la regla? ☐ Sí ☐ No - histerectomía ☐ No - menopausia ☐ No - por medicamentos

Ciclo: ☐ Regular (cada 21-35 días) ☐ Irregular

Flujo: ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Abundante

	Sí	No		Sí	No
Empapa una toalla/tampón en menos de 2 horas	☐	☐	Sangrado con las relaciones sexuales	☐	☐
Coágulos más grandes que una moneda de 25¢	☐	☐	Le han dicho que tiene anemia	☐	☐
Manchado café antes de la regla	☐	☐	Infusión de hierro o transfusión	☐	☐
Sangrado entre reglas	☐	☐	Papanicolaou anormal alguna vez	☐	☐

Primer día de su última regla _____ **Fecha y resultado del último Papanicolaou** _____

Infecciones previas (marque las que tuvo): ☐ EPI ☐ Gonorrea ☐ Clamidia ☐ Herpes ☐ Verrugas genitales ☐ Ninguna

¿Podría estar embarazada ahora? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

3. EMBARAZOS Y FERTILIDAD

Embarazos	Partos vaginales	Cesáreas	Pérdidas	Ectópicos	Interrupciones

¿Está tratando de quedar embarazada ahora? ☐ Sí ☐ No **Si es así, ¿desde hace cuánto?** _____

¿Desea un embarazo en el futuro? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Tratamiento de fertilidad: ☐ Ninguna ☐ Clomid / letrozol ☐ IIU ☐ FIV ☐ Congelación de óvulos **Número de ciclos:** _____

Nivel de AMH, si lo sabe _____ **Clínica / médico de fertilidad** _____

Resultado de la prueba de trompas (HSG): ☐ Ambas trompas abiertas ☐ Una trompa bloqueada ☐ Ambas bloqueadas ☐ No se hizo / no sé

Análisis de semen de la pareja: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No se hizo ☐ No aplica

¿Óvulos o embriones congelados? ☐ Ninguna ☐ Óvulos ☐ Embriones **¿Cuántos?** _____

Complicaciones del embarazo: ☐ Ninguna ☐ Placenta previa ☐ Placenta acreta ☐ Parto prematuro ☐ Sangrado abundante después del parto ☐ Preeclampsia ☐ Diabetes gestacional

¿Está amamantando ahora? ☐ Sí ☐ No

Método anticonceptivo actual: ☐ Ninguna ☐ Pastilla / parche / anillo ☐ DIU ☐ Implante ☐ Condones ☐ Vasectomía de la pareja ☐ Ligadura de trompas ☐ Sin actividad sexual

4. PUNTUACIÓN DEL DOLOR

Califique cada tipo de dolor en su PEOR momento durante los últimos 3 meses. 0 = sin dolor, 10 = el peor dolor imaginable. Escriba N/A si no aplica.

Tipo de dolor	0-10	Tipo de dolor	0-10
Dolor con la regla		Dolor al evacuar	
Dolor profundo en las relaciones		Dolor al orinar	
Dolor a la entrada en las relaciones		Dolor a mitad del ciclo (ovulación)	
Dolor que dura horas tras las relaciones		Dolor pélvico en días sin regla	
Dolor promedio en el último mes		Dolor en este momento	

¿Dónde tiene dolor? (marque todo lo que aplique) ☐ Centro de la pelvis ☐ Abajo a la derecha ☐ Abajo a la izquierda ☐ Abdomen superior ☐ Ombligo ☐ Vagina ☐ Recto ☐ Espalda baja ☐ Ingle ☐ Glúteo ☐ Pierna (D / I) ☐ Hombro derecho ☐ Hombro izquierdo ☐ Pecho

¿Qué palabras describen su dolor? ☐ Cólico ☐ Agudo / punzante ☐ Ardor ☐ Eléctrico / como descarga ☐ Sordo / persistente ☐ Presión ☐ Constante ☐ Va y viene

¿Cuándo ocurre su dolor? ☐ Días antes de la regla ☐ Durante la regla ☐ Después de la regla ☐ En la ovulación (mitad del ciclo) ☐ Todo el mes ☐ Sin patrón

Con el tiempo, su dolor: ☐ Ha empeorado ☐ Sigue igual ☐ Ha mejorado **Días de dolor al mes:** _____

	Sí	No	Peor con la regla		Sí	No	Peor con la regla
Dolor al hacer ejercicio	☐	☐	☐	Dolor que baja por la pierna	☐	☐	☐
Cólicos sin sangrado	☐	☐	☐	Adormecimiento de pierna o pie	☐	☐	☐
Dolor de espalda peor con la regla	☐	☐	☐	Dolor al estar sentada	☐	☐	☐
Dolor de cadera izquierda	☐	☐	☐	Dolor al ponerse un tampón	☐	☐	☐
Dolor de cadera derecha	☐	☐	☐	Dolor en el examen pélvico	☐	☐	☐
Dolor en los glúteos	☐	☐	☐	Evita relaciones por el dolor	☐	☐	☐

Si evita las relaciones sexuales por dolor, ¿con qué frecuencia? ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre ☐ Sin actividad sexual

¿Cuántos años lleva con estos síntomas? _____

Trabajo / estudios: ☐ Trabajo tiempo completo ☐ Trabajo medio tiempo ☐ Estudiante ☐ No puedo trabajar por el dolor ☐ Con incapacidad ☐ No trabajo

Nombre de la paciente _____

Faltas por el dolor	Días al mes	Días en el último año	No aplica
Faltó al trabajo (o salió temprano)			☐
Faltó a la escuela / clases			☐
Faltó a eventos familiares o sociales			☐

Total de visitas a urgencias por dolor _____ **Total de hospitalizaciones por dolor** _____

Fecha (mes/año)	Hospital / urgencias	Tipo de visita	Motivo / qué se hizo (pruebas, tomografía, cirugía, medicinas)
		☐ Urgencias ☐ Internada	
		☐ Urgencias ☐ Internada	
		☐ Urgencias ☐ Internada	
		☐ Urgencias ☐ Internada	

5. SÍNTOMAS INTESTINALES

Marque Sí o No. Si el síntoma empeora alrededor de su regla, marque también la última casilla.

	Sí	No	Peor con la regla		Sí	No	Peor con la regla
Náusea	☐	☐	☐	Diarrea	☐	☐	☐
Vómito	☐	☐	☐	Evacuaciones dolorosas	☐	☐	☐
Se llena rápido al comer	☐	☐	☐	Dolor o presión en el recto	☐	☐	☐
Hinchazón abdominal	☐	☐	☐	Pujo / no vacía por completo	☐	☐	☐
Dolor por gases	☐	☐	☐	Sangre en las heces	☐	☐	☐
Estreñimiento	☐	☐	☐	Sangre en heces durante la regla	☐	☐	☐

Su tipo de heces habitual: ☐ Bolitas duras ☐ Salchicha dura / grumosa ☐ Lisa / normal ☐ Trozos blandos ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Alterna dura y suelta

Evacuaciones por día (o por semana) _____

Pruebas y procedimientos digestivos que le han hecho:

Procedimiento	Se lo hizo	Veces	Año / resultado	Procedimiento	Se lo hizo	Veces	Año / resultado
Colonoscopia	☐			Cápsula endoscópica	☐		
Endoscopia superior	☐			Prueba de aliento (SIBO)	☐		
Sigmoidoscopia flexible	☐			Otra prueba digestiva	☐		

6. SÍNTOMAS DE VEJIGA Y RIÑÓN

	Sí	No	Peor con la regla		Sí	No	Peor con la regla
Orina con frecuencia	☐	☐	☐	Sangre en la orina	☐	☐	☐
Urgencia para orinar	☐	☐	☐	Síntomas de infección con cultivos negativos	☐	☐	☐
Ardor al orinar	☐	☐	☐	Dolor en el costado (riñón)	☐	☐	☐
Vaciado incompleto de la vejiga	☐	☐	☐	Dolor al final de la micción	☐	☐	☐

Veces que orina durante el día _____ **Veces que se levanta a orinar de noche** _____

¿Le han dicho que tiene un riñón obstruido (hidronefrosis)? ☐ Sí ☐ No **¿Infecciones urinarias repetidas (3+ al año)?** ☐ Sí ☐ No

Nombre de la paciente _____

Pruebas y procedimientos urológicos que le han hecho:

Procedimiento	Se lo hizo	Veces	Año / resultado	Procedimiento	Se lo hizo	Veces	Año / resultado
Cistoscopia	☐			Catéter ureteral (stent)	☐		
Estudio urodinámico	☐			Ultrasonido renal / urotomografía	☐		
Instilaciones en la vejiga	☐			Otra prueba urológica	☐		

7. SÍNTOMAS FUERA DE LA PELVIS

Pueden ser señales de endometriosis en el diafragma, el tórax o la pared abdominal.

	Sí	No	Peor con la regla		Sí	No	Peor con la regla
Dolor del hombro derecho con la regla	☐	☐	☐	Colapso de pulmón alguna vez	☐	☐	☐
Dolor del hombro izquierdo con la regla	☐	☐	☐	Bulto doloroso en el ombligo	☐	☐	☐
Dolor de pecho con la regla	☐	☐	☐	Bulto doloroso en cicatriz de cesárea	☐	☐	☐
Falta de aire con la regla	☐	☐	☐	Bulto doloroso en la ingle	☐	☐	☐
Tos con sangre durante la regla	☐	☐	☐	Dolor debajo de las costillas	☐	☐	☐

8. TRATAMIENTO HORMONAL Y MÉDICO (PASADO Y ACTUAL)

Marque cada medicamento que ha tomado. Indique por cuánto tiempo, si le ayudó y por qué lo dejó (use las razones que aparecen debajo de la tabla).

Medicamento	Usó	Cuánto tiempo	¿Le ayudó?	Por qué lo dejó / efectos
Pastilla anticonceptiva - mensual	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Pastilla anticonceptiva - continua	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Parche anticonceptivo (Xulane, Twirla)	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Anillo vaginal (NuvaRing, Annovera)	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Noretindrona (Aygestin)	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Slynd / Visanne (dienogest)	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Inyección Depo-Provera	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Implante Nexplanon	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Mirena / DIU hormonal	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Lupron	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Orilissa	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Myfembree	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Oriahnn	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Letrozol / anastrozol	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
Danazol	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	
	☐	☐ <3 m ☐ 3-6 ☐ 6-12 ☐ >12	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	

Nombres o marcas de pastillas anticonceptivas que ha probado (si las recuerda) _____

Razones por las que dejó algún medicamento hormonal (marque todo lo que aplique): ☐ No ayudó

☐ Dolor de cabeza / migraña ☐ Depresión ☐ Cambios de humor / irritabilidad ☐ Ansiedad

Nombre de la paciente _____

☐ Sangrado irregular / intermenstrual ☐ Sangrado más abundante ☐ Aumento de peso ☐ Hinchazón abdominal ☐ Acné
☐ Caída del cabello ☐ Bajo deseo sexual ☐ Náusea ☐ Senos sensibles ☐ Bochornos ☐ Dolor de articulaciones / huesos
☐ Pérdida de densidad ósea ☐ Coágulo de sangre ☐ Presión alta ☐ El médico me indicó dejarlo ☐ Quería embarazarme
☐ Costo / seguro ☐ Otro

Otras razones / detalles _____

Si usó Lupron, ¿también tomó terapia de reposición (add-back)? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Toma analgésicos opioides (narcóticos)? ☐ A diario ahora ☐ A veces ahora ☐ Solo en el pasado ☐ Nunca

Procedimientos / otros tratamientos probados: ☐ Bloqueo nervioso ☐ Inyecciones en puntos gatillo ☐ Inyecciones de Botox
☐ Cannabis / CBD ☐ Cambios en la dieta ☐ Unidad TENS

Otros especialistas y terapias que ha probado:

Especialista / terapia	Probó	¿Le ayudó?	Especialista / terapia	Probó	¿Le ayudó?
Fisioterapia de piso pélvico	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Masaje / liberación miofascial	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Especialista en manejo del dolor	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Nutricionista / dietista	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Medicina funcional	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Psicólogo del dolor / consejero	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Medicina integrativa / holística	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Terapeuta sexual	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Naturópata	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Yoga / meditación	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Acupuntura	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Otro:	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Quiropráctico	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No			

Nombres de los profesionales y número de visitas _____

Medicamentos para el dolor y los nervios que ha probado:

Medicamento	Usó	¿Le ayudó?	Medicamento	Usó	¿Le ayudó?
Ibuprofeno / naproxeno (AINE)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Amitriptilina / nortriptilina	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Celecoxib (Celebrex)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Duloxetina (Cymbalta)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Acetaminofén (Tylenol)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Relajante muscular (ciclobenzaprina)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Gabapentina (Neurontin)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Valium vaginal (diazepam)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No
Pregabalina (Lyrica)	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No	Tramadol / opioides	☐	☐ Sí ☐ Algo ☐ No

Dosis / efectos secundarios _____

9. SEGURIDAD HORMONAL Y RIESGO DE COÁGULOS

Algunas condiciones hacen que el estrógeno u otros tratamientos hormonales no sean seguros. Responda con cuidado.

	Sí	No		Sí	No
He tenido un coágulo (TVP / embolia)	☐	☐	Fumo o vapeo nicotina	☐	☐
Tengo un trastorno de coagulación	☐	☐	Lupus / anticuerpos antifosfolípidos	☐	☐
Un familiar tuvo un coágulo	☐	☐	Cáncer de mama (personal)	☐	☐
Un familiar tiene trastorno de coagulación	☐	☐	Enfermedad o tumor del hígado	☐	☐
Derrame o mini-derrame (AIT)	☐	☐	Baja densidad ósea / osteoporosis	☐	☐
Infarto / enfermedad del corazón	☐	☐	Tomo un anticoagulante ahora	☐	☐
Migraña con aura (cambios visuales)	☐	☐	Me dijeron que no tome estrógeno / hormonas	☐	☐
Presión alta	☐	☐	Coágulo en embarazo o con hormonas	☐	☐

Nombre de la paciente _____

Trastorno de coagulación (usted o familia): ☐ Factor V Leiden ☐ Mutación del gen de protrombina ☐ Deficiencia de proteína C ☐ Deficiencia de proteína S ☐ Deficiencia de antitrombina ☐ Síndrome antifosfolípido ☐ MTHFR ☐ Otro / no sé **¿Quién lo tiene?** _____

Detalles del coágulo (año, lugar, causa) _____

Nombre y dosis del anticoagulante _____ **Recetado por** _____

Nombre del hematólogo _____ **Consultorio / teléfono** _____

Si le dijeron que no tome hormonas: ¿quién y por qué? _____

10. CIRUGÍAS PREVIAS POR ENDOMETRIOSIS O DOLOR PÉLVICO

Anote cada cirugía. Si no está segura de algún dato, escriba "no sé".

Año	Cirujano / hospital	Técnica	Tratamiento	¿Endo en biopsia?	Órganos extirpados / reparados	Meses de alivio
		☐ Lap ☐ Robótica ☐ Abierta	☐ Ablación ☐ Escisión ☐ No sé	☐ S ☐ N ☐ ?		
		☐ Lap ☐ Robótica ☐ Abierta	☐ Ablación ☐ Escisión ☐ No sé	☐ S ☐ N ☐ ?		
		☐ Lap ☐ Robótica ☐ Abierta	☐ Ablación ☐ Escisión ☐ No sé	☐ S ☐ N ☐ ?		
		☐ Lap ☐ Robótica ☐ Abierta	☐ Ablación ☐ Escisión ☐ No sé	☐ S ☐ N ☐ ?		

Número total de cirugías _____ **Etapa de endometriosis que le dijeron (1-4)** _____

¿Histerectomía? ☐ No ☐ Total (sin cuello uterino) ☐ Supracervical (con cuello uterino) **Año:** _____

¿Le quitaron los ovarios? ☐ Ninguna ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos

¿Cirugía en intestino, vejiga o uréter? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Regresaron sus síntomas después de la cirugía? ☐ Sí ☐ No ☐ Nunca se fueron **Meses hasta que regresaron:** _____

Si le quitaron los ovarios, ¿toma estrógeno / terapia hormonal? ☐ Sí ☐ No

Reportes operatorios y de patología: ☐ Los traeré ☐ Por favor solicítenlos (autorización adjunta) ☐ No disponibles

11. IMÁGENES, ANÁLISIS Y EXPEDIENTES

Estudio	¿Se lo hizo?	Año	Centro / resultado
Ultrasonido pélvico / transvaginal	☐		
Resonancia pélvica	☐		
Resonancia con protocolo de endometriosis	☐		
Tomografía de abdomen / pelvis	☐		
Densitometría ósea (DEXA)	☐		
Mamografía	☐		
Pruebas genéticas (BRCA, etc.)	☐		

Análisis	Hecho	Fecha / resultado	Análisis	Hecho	Fecha / resultado
CA-125	☐		Ferritina / hierro	☐	
Hemoglobina / BH	☐		Biopsia / patología	☐	
AMH (reserva ovárica)	☐				

Expedientes que traerá (o que nos pide solicitar): ☐ Reportes de imágenes ☐ Discos de imágenes (CD) ☐ Resultados de laboratorio ☐ Reportes operatorios ☐ Reportes / laminillas de patología ☐ Notas de consultas previas

Nombre de la paciente _____

12. CÓMO AFECTAN LOS SÍNTOMAS SU VIDA

En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su dolor:

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
Le impidió ir al trabajo o la escuela	☐	☐	☐	☐	☐
Alteró su sueño	☐	☐	☐	☐	☐
Afectó su intimidad o sus relaciones	☐	☐	☐	☐	☐
Le impidió hacer ejercicio o salir	☐	☐	☐	☐	☐
La hizo sentir que perdió el control	☐	☐	☐	☐	☐

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (PHQ-4)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nerviosa, ansiosa o con los nervios de punta	☐	☐	☐	☐
No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación	☐	☐	☐	☐
Poco interés o placer en hacer cosas	☐	☐	☐	☐
Sentirse decaída, deprimida o sin esperanzas	☐	☐	☐	☐

PARTE B | HISTORIA MÉDICA GENERAL

13. ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque cualquier condición que tenga ahora o haya tenido en el pasado.

Generales: ☐ Presión alta ☐ Diabetes ☐ Colesterol alto ☐ Enfermedad del corazón ☐ Soplo / problema de válvula ☐ Latido irregular ☐ Asma ☐ EPOC ☐ Apnea del sueño ☐ Enfermedad de tiroides ☐ Enfermedad renal ☐ Piedras en el riñón ☐ Enfermedad del hígado / hepatitis ☐ Anemia ☐ Trastorno de sangrado ☐ Moretones con facilidad ☐ Convulsiones ☐ Derrame cerebral ☐ Cáncer ☐ VIH ☐ Obesidad ☐ Artritis ☐ Problemas de espalda / discos

Digestivos: ☐ Reflujo ácido (ERGE) ☐ Síndrome de intestino irritable (SII) ☐ SIBO ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Colitis ulcerosa ☐ Enfermedad celíaca ☐ Diverticulitis ☐ Enfermedad de la vesícula ☐ Hernia ☐ Hemorroides / fisura

Pélvicos y de dolor: ☐ Cistitis intersticial / dolor de vejiga ☐ Disfunción del piso pélvico ☐ Vulvodinia ☐ Adenomiosis ☐ Miomas ☐ Quistes ováricos / endometrioma ☐ PMOS (antes llamado SOP / PCOS) ☐ Congestión pélvica ☐ Neuralgia del pudendo

Generalizados: ☐ Fibromialgia ☐ Migraña ☐ POTS ☐ Hipermovilidad / Ehlers-Danlos ☐ Lupus ☐ Artritis reumatoide ☐ Otra enfermedad autoinmune ☐ Fatiga crónica ☐ Trastorno de mastocitos

Salud mental: ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ TEPT ☐ Trastorno alimentario ☐ TDAH ☐ Otro

Tipo de cáncer / otras condiciones / detalles _____

14. OTRAS CIRUGÍAS Y PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

Incluya todas las demás cirugías (cesárea, apéndice, vesícula, hernia, mama, ortopédicas, etc.).

Cirugía / hospital / complicaciones	Año	Cirugía / hospital / complicaciones	Año

	Sí	No		Sí	No
Problema con la anestesia (usted)	☐	☐	Rechazaría una transfusión de sangre	☐	☐
Problema con la anestesia (familia)	☐	☐	Marcapasos / desfibrilador	☐	☐

Nombre de la paciente _____

	Sí	No		Sí	No
Náusea fuerte tras la anestesia	☐	☐	Malla (hernia, cabestrillo, prolapso)	☐	☐
Hipertermia maligna (usted / familia)	☐	☐	Radiación pélvica / abdominal previa	☐	☐
Le dijeron que tiene vía aérea difícil	☐	☐	Ostomía (actual o pasada)	☐	☐
Sangrado fuerte tras cirugía / dentista	☐	☐	Uso una máquina CPAP	☐	☐
Transfusión de sangre alguna vez	☐	☐	Sube 2 pisos de escaleras sin parar	☐	☐

Detalles _____

15. MEDICAMENTOS ACTUALES Y ALERGIAS

Anote TODOS sus medicamentos, incluidos vitaminas, suplementos y medicinas sin receta. Puede adjuntar una lista.

Medicamento y dosis	Frecuencia	Medicamento y dosis	Frecuencia

Medicamento GLP-1 / para bajar de peso: ☐ Ninguna ☐ Ozempic / Wegovy ☐ Mounjaro / Zepbound ☐ Saxenda / Victoza ☐ Rybelsus ☐ Otro

Dosis de GLP-1 _____ **Fecha de la última dosis** _____

Suplementos: ☐ Ninguna ☐ Aceite de pescado / omega-3 ☐ Vitamina E ☐ Cúrcuma ☐ Ginkgo ☐ Ajo ☐ Ginseng ☐ Hierba de San Juan ☐ Otra hierba **Otro:** _____

Alergias: ☐ Sin alergias conocidas ☐ Látex ☐ Yodo / contraste ☐ Cinta adhesiva ☐ Clorhexidina ☐ Penicilina ☐ Sulfas ☐ Opioides ☐ AINE

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción

Farmacia preferida (nombre / ubicación / teléfono) _____

16. ANTECEDENTES FAMILIARES

Escriba el parentesco (madre, hermana, tía, etc.).

Condición	Familiar	Condición	Familiar
Endometriosis		Cáncer de mama	
Adenomiosis		Cáncer de colon	
Cáncer de ovario		Mutación del gen BRCA	
Cáncer de útero		Síndrome de Lynch	
Coágulos de sangre		Trastorno de coagulación	
Trastorno de sangrado		Problemas con la anestesia	
Enfermedad autoinmune		Enfermedad cardíaca / derrame	

¿Tiene ascendencia judía asquenazí? (afecta el riesgo de BRCA) ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

17. HISTORIA SOCIAL

Estatura _____ **Peso** _____ **Ocupación** _____

Nombre de la paciente _____

Tabaco / nicotina: ☐ Nunca ☐ Exfumadora ☐ Fuma cigarrillos ☐ Vapeo / cigarro electrónico **Cajetillas/día, años, fecha en que dejó:** _____

Alcohol: ☐ Ninguna ☐ 1-3 bebidas/semana ☐ 4-7 bebidas/semana ☐ Más de 7/semana

Cannabis: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ A diario **Otras drogas recreativas:** ☐ No ☐ Sí

Ejercicio: ☐ Rara vez ☐ 1-2 veces/semana ☐ 3+ veces/semana ☐ Limitado por dolor

Estado civil: ☐ Soltera ☐ Con pareja ☐ Casada ☐ Divorciada / separada ☐ Viuda

¿Tiene a alguien que la ayude en casa después de la cirugía? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

18. SUS PREFERENCIAS Y PLANIFICACIÓN DE LA VISITA

Idioma preferido _____ **¿Necesita intérprete? (Sí / No)** _____

Mejor forma de contactarla: ☐ Portal de pacientes ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada ☐ Correo electrónico

Para el examen pélvico, ¿desea una acompañante (chaperona)? ☐ Sí ☐ No ☐ Sin preferencia

¿Algo que haría su examen más cómodo? _____

Contacto de emergencia _____ **Parentesco** _____ **Teléfono** _____

¿Apoderado de salud / directiva anticipada? ☐ Sí ☐ No **Nombre del apoderado:** _____

Tiempo de viaje a nuestra oficina: ☐ Menos de 30 min ☐ 30-60 min ☐ 1-2 horas ☐ Más de 2 horas / otro estado

Después de la cirugía planea recuperarse: ☐ En casa ☐ Hotel cerca del hospital ☐ Con familia cercana ☐ No sé

¿Necesitará formularios de FMLA / incapacidad? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

19. SU EQUIPO MÉDICO

Médicos a quienes podemos contactar o enviar expedientes.

Función	Nombre / consultorio / teléfono	Función	Nombre / consultorio / teléfono
Médico de cabecera		Manejo del dolor	
Ginecólogo		Fisioterapia pélvica	
Gastroenterólogo		Funcional / integrativa	
Urólogo		Especialista en fertilidad	
Hematólogo		Otro	

¿Algo más que desee que sepa el Dr. Singhal? _____

Confirmo que la información anterior es correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma de la paciente _____ **Fecha** _____

PARA USO DE LA OFICINA **Revisado por** _____ **Fecha** _____ ☐ En expediente