



Cuestionario sobre el historial médico del suelo pélvico
 Página 1/2 Rev. 3/21

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____ MR# _____

MD: _____

Idioma de preferencia _____

A ser completado por su terapeuta: _____ Iniciales del terapeuta	
Precauciones:	
_____ Cardíaco	_____ Respiratorio
_____ Anticoagulante	_____ Presión arterial
_____ Diabetes	_____ Convulsiones
_____ Marcapasos	_____ ITU
_____ Embarazo, fecha estimada de parto: _____	

Fecha de inicio de la afección actual: (mes/fecha/año) _____

Problemas médicos actuales, incluyendo cirugías anteriores, alergias y medicamentos. *Consulte con el terapeuta.*

¿Tiene algún problema neurológico?: _____

GASTROINTESTINAL:

- Sí No Estreñimiento
- Sí No Diarrea
- Sí No Acidez estomacal
- noche Sí No Náuseas y/o vómitos frecuentes
- Sí No Sangre en las heces

URINARIO:

- Sí No Goteo de orina
- Sí No Dolor al orinar
- Sí No Orinar en exceso por la
- Sí No Infecciones de la vejiga
- Sí No Cálculos renales

GINECOLÓGICO: (mujeres)

- Sí No Cólicos intensos con la menstruación
- Sí No Sangrado irregular/sangrado
- Sí No Menstruación abundante/sangrado
- Sí No Prueba de Papanicolaou anormal
- Sí No Quistes o tumores ováricos
- Sí No Fibromas (miomas)
- Sí No Infección pélvica (EPI)
- Sí No Dolor/ardor en la vulva
- Otro: _____

PÉLVICO: (hombres y mujeres)

- Sí No Dolor pélvico
- Sí No Dolor con el coito entre períodos
- Sí No Dolor después del coito
- Sí No Llagas o úlceras
- Sí No Enfermedades de transmisión sexual (herpes, clamidia, gonorrea)

HISTORIA OBSTETRAL PASADA (si procede):

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

Peso del bebé más grande _____

De estos embarazos, ¿cuántos fueron...?

Partos pretérmino (prematurados) _____

Cesárea _____

Abortos involuntarios _____

Fórceps o vacío _____

Abortos _____

¿Cuáles son sus objetivos terapéuticos? (qué espera conseguir) _____

HISTORIAL UROLÓGICO:

¿Cuántas veces orina durante el día? _____

¿Cuánto líquido bebe al día? _____

¿Cuántas veces orina durante la noche después de acostarse? _____

¿Le despiertan las ganas de orinar? **SÍ NO**

Después de vaciar la vejiga, ¿tiene la sensación de que aún no ha terminado? **SÍ NO**

¿Le cuesta empezar a orinar? **SÍ NO**

¿Tiene pérdidas de orina? **SÍ NO**

En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto tiempo? _____

¿Pierde orina al toser, estornudar o reír? **SÍ NO**

Meses _____ Años _____

Después de orinar, ¿tiene goteo? **SÍ NO**

¿Pierde orina con urgencia o de camino al baño? **SÍ NO**

Por favor, marque con un círculo si tiene pérdidas de orina en las siguientes situaciones:

Al caminar Al trotar En situaciones de urgencia Al cambiar de estar sentado/a a estar de pie

Acostado/a Al hacer ejercicios Con actividades mínimas Durante el coito Al esforzarse/levantar peso

¿Usa una compresa para las pérdidas de orina? **SÍ NO** ¿Cuándo fue su último episodio de pérdidas de orina? _____

En caso afirmativo, cuántas por día y de qué tipo. _____

¿Alguna vez moja la cama mientras duerme? **SÍ NO**

¿Qué cantidad de pérdidas experimenta? (Circule)

Gotas Más que gotas Chorreo Goteo continuo

¿Tiene sensación o conciencia cuando experimenta pérdidas de orina? **SÍ NO**

¿Cuánto tiempo puede posponer el vaciado de la vejiga cuando tiene la necesidad de orinar? _____ minutos _____ horas

SÍNTOMAS INTESTINALES:

¿Con qué frecuencia suele evacuar el intestino? _____

Por favor, **CIRCULE** los síntomas intestinales que tiene

Diarrea Estreñimiento Incontinencia

Uso de laxantes Mayor consumo de fibra

Uso de ablandadores de heces

¿Se esfuerza al evacuar el intestino? **SÍ NO**

Después de vaciar los intestinos,

¿tiene la sensación de que no ha terminado aún? **SÍ NO**

Dificultad para controlar las heces formadas:

Escape de heces **SÍ NO**

Heces líquidas **SÍ NO**

Flatulencia/Gas **SÍ NO**

¿Presiona con un dedo en la vagina para ayudar con una evacuación intestinal? **SÍ NO**

Comentarios adicionales:

¿Tuvo problemas urinarios/intestinales de niño/a? _____

1. ¿Ha experimentado recientemente pérdida de apetito, ansiedad/cambios de humor o un aumento/pérdida de peso considerable?

Sí / No *En caso afirmativo, explique:* _____

2. ¿Está experimentando alguna dificultad social o emocional en el hogar/trabajo que considere que deberíamos conocer?

Sí / No *En caso afirmativo, explique:* _____

3. ¿Está sufriendo algún tipo de abuso en casa?

Sí/No *En caso afirmativo, explique:* _____

4. ¿Vive solo/a? *Sí/No* *En caso afirmativo, ¿quién puede cuidarle en caso de necesitarlo?* _____

5. ¿Tiene obstáculos dentro y fuera de su casa? (escaleras, desorden, suelos irregulares, etc.).... *Sí/No*

En caso afirmativo, qué _____

Firma del paciente/Responsable legal: _____ **En letra de molde:** _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Firma del clínico: _____ **En letra de molde:** _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____