



**DATOS DEMOGRÁFICOS**

Información del paciente: ¿Necesita ayuda con los formularios?     S     N

Género:     Hombre     Mujer     Otro: \_\_\_\_\_    Pronombres preferidos:     Ella     Él     Ellos

Idioma preferido:     Inglés     Español     Otro: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_    Estado civil: \_\_\_\_\_    Raza: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_    Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar: un mensaje de voz detallado?     S     N    un mensaje de texto detallado?     S     N

Médico de atención primaria: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

Médico de referencia: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

¿Cuenta con un cardiólogo?     S     N    Nombre del cardiólogo: \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Vive en una institución de vivienda asistida?     S     N    Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ ¿Tiene una Directiva anticipada (Testamento en vida)?     S     N

**EMPLEO**

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ (Dirección) \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal) \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

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.
- \_\_\_\_\_
- Firma del paciente (o tutor) \_\_\_\_\_  
Fecha



<b>POLÍTICA DE PAGO</b>	<p>Por favor, <u>ponga sus iniciales y firme</u> 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.</p>
	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Seguro.</b> 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.</li> <li>• <b>Copagos y deducibles.</b> 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.</li> <li>• <b>Servicios no cubiertos.</b> 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.</li> <li>• <b>Prueba de seguro.</b> 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.</li> <li>• <b>Presentación de reclamaciones.</b> 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.</li> <li>• <b>Cambios en la cobertura.</b> 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.</li> <li>• <b>Falta de pago.</b> 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.</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____ <b>INICIALES AQUÍ</b></p>
<b>CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO</b>	<p>He revisado y doy mi consentimiento para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____ <b>INICIALES AQUÍ</b></p>
	<p>Al firmar abajo, reconozco que he revisado la política de pagos de Advanced Urology y doy mi consentimiento para el tratamiento médico.</p> <p>Escriba el nombre de la persona que firma: _____ Relación con el paciente: _____</p> <hr/> <p>Firma del paciente (o tutor) _____ Fecha _____</p>
<b>FIRMAS</b>	

**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: _____
<b>ALERGIAS</b>	¿Le han informado que tiene alguna alergia nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Curitas/Adhesivos <input type="checkbox"/> Yodo • Enumere todas las alergias a los medicamentos	
	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Reacción al medicamento</b>
• ¿Es alérgico al colorante IVP? _____		
<b>ACTUALES</b>	• Enumere TODOS los medicamentos actuales, incluyendo los de venta libre, los anticonceptivos, las vitaminas, las hierbas y los recetados.	
	<b>Nombre y dosis del medicamento</b>	<b>Nombre y dosis del medicamento</b>
<b>ANTERIORES</b>	• Enumere <b>TODAS</b> las dolencias actuales o anteriores	
	• Enumere <b>TODAS</b> las cirugías incluyendo el año	
<b>HISTORIAL FAMILIAR</b>	¿Hay antecedentes familiares de cáncer? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Por favor responda lo siguiente:
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Madre:
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Padre:
	¿Relación? _____ Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido Causa de la muerte: Causa de la muerte:
<b>CONSUMOS SOCIALES</b>	<b>Consumo de tabaco</b> • ¿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?) ____	
	<b>Consumo de alcohol</b> • ¿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?) ____ / ____ / ____	
	<b>Consumo de drogas</b>	
	¿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 vejiga y función urinaria.  
Por favor, revise y responda todas las preguntas lo mejor que pueda.**

<b>¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? De ser así, cuánto le molesta</b> (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
<b>¿La pérdida de orina ha afectado su(s)</b> (Marque todo lo que corresponda)	En absoluto	Ligeramente	Medianamente	En gran medida
1. Disposición para hacer las tareas domésticas (cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa)	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
6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)	0	1	2	3
7. Sensación de frustración	0	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• En promedio, ¿cuántas veces orina durante el día (horas de vigilia)? _____</li> <li>• En promedio, ¿cuántas veces orina durante la noche (horas de sueño)? _____</li> <li>• 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"> <li>▪ Si pierde orina, ¿cuánta pierde en un momento dado?    <input type="checkbox"/> Gotas    <input type="checkbox"/> Pequeñas salpicaduras    <input type="checkbox"/> Más</li> <li>▪ ¿La pérdida de orina ha hecho que se sienta frustrado?    <input type="checkbox"/> En absoluto    <input type="checkbox"/> Ligeramente    <input type="checkbox"/> Medianamente    <input type="checkbox"/> Mucho</li> <li>▪ ¿Alguna vez ha perdido orina al dormir?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</li> <li>▪ ¿Alguna vez ha perdido orina sin darse cuenta?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué eventos desencadenan la pérdida de orina? (<b>Marque todo lo que corresponda</b>)  <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: _____           </li> </ul>				



- ¿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
  - 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:	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 \_\_\_\_\_

Por favor, marque la respuesta que mejor lo describa. Su proveedor utilizará este formulario para evaluar sus síntomas y discutirá su puntuación con usted.

<b>SHIM</b>	<b>Nombre:</b>				
<b>En los últimos 6 meses</b>	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
¿Cómo clasifica la confianza en sí mismo para obtener y mantener una erección?	1	2	3	4	5
<b>En los últimos 6 meses</b>	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia las erecciones fueron lo suficientemente rígidas para la penetración?	1	2	3	4	5
<b>En los últimos 6 meses</b>	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	1	2	3	4	5
<b>En los últimos 6 meses</b>	Sumamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	No es difícil
Durante las relaciones sexuales, ¿cuán difícil fue mantener la erección para completar el coito?	1	2	3	4	5
<b>En los últimos 6 meses</b>	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Cuando intentó llegar al coito, ¿con qué frecuencia tuvo una experiencia satisfactoria?	1	2	3	4	5

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_

1-7 ED grave    8-11 ED moderada    12-16: ED leve a moderada    17-21: ED leve    22-25: No presenta ED

<b>Adjunto a SHIM</b>					
1. ¿Tiene pérdidas de orina cuando tiene actividad sexual u orgasmo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Nunca o casi nunca [0%]	Menos de la mitad del tiempo [25%]	Aprox. la mitad del tiempo [50%]	Más de la mitad del tiempo [75%]	Siempre o casi siempre [100%]
2. ¿Eyacula antes de lo que desearía?	0	1	2	3	4
3. ¿Eyacula con muy poca estimulación?	0	1	2	3	4
4. ¿Ha notado una curvatura o forma anormal en el pene durante las erecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
5. ¿Esta deformidad del pene afecta negativamente el sexo para usted o su pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					



Muchos hombres mayores de 40 años sufren de Hiperplasia Prostática Benigna (BPH). Se trata de un agrandamiento no canceroso de la próstata. Su proveedor utilizará este formulario para evaluar sus síntomas y discutirá su puntuación con usted.

<b>PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE AUA Y BPH</b>		<b>Nombre:</b>				
<b>INSTRUCCIONES</b> - Pensando en el último mes, marque lo que mejor describa lo siguiente. Luego sume todos los números marcados para obtener la puntuación total	<b>En absoluto</b>	<b>Menos de 1 - 5 veces</b>	<b>Menos de la mitad del tiempo</b>	<b>Aproximadamente la mitad</b>	<b>Más de la mitad del tiempo</b>	<b>Casi siempre</b>
<b>VACIADO INCOMPLETO</b> – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>FRECUENCIA</b> – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que orinar de nuevo menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>INTERMITENCIA</b> – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia paró y volvió a empezar varias veces mientras orinaba?	0	1	2	3	4	5
<b>URGENCIA PARA ORINAR</b> – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia le resultó difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
<b>FLUJO DÉBIL</b> – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo un flujo urinario débil?	0	1	2	3	4	5
<b>ESFORZARSE</b> – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que empujar o esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>MICCIÓN POR LA NOCHE</b> – Durante el mes pasado, ¿cuántas veces normalmente se levanta por la noche para orinar después de acostarse?	0	1	2	3	4	5
<b>Puntuación de los síntomas: 1 – 7 Leve, 8 – 19 Moderado, 20 – 35 Grave</b>				<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>		

<b>PUNTUACIÓN DE MOLESTIA DEBIDO A SÍNTOMAS URINARIOS</b>						
Califique el nivel de molestia de sus síntomas urinarios al comprobar lo que mejor describa sus sentimientos	<b>Encantado</b>	<b>Complacido</b>	<b>Mayormente satisfecho</b>	<b>Contradictorio</b>	<b>Mayormente insatisfecho</b>	<b>Pésimo</b>
¿Cómo se sentiría viviendo el resto de la vida con la condición urinaria que actualmente presenta?	0	1	2	3	4	5

¿Está interesado en una intervención quirúrgica mínimamente invasiva?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------



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.

### **EFECTOS 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.

**EFECTOS 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