

Fecha de Hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Nueva Información de Pacientes Femeninos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro: \_\_\_\_\_

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

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?: \_\_\_\_\_

Estado Civil (Seleccione uno): Casado Separado Divorciado Soltero Viuda Viviendo con pareja

Niños (Seleccione uno): Biológica Adoptado Hijastros Ninguno

¿Usted desea más hijos? (Seleccione uno): Sí No

### Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Médico de Atención Primaria:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Farmacia Preferida:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Por favor haga una lista de las medicaciones y las dosis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Usted tiene alergias de medicinas específicas? (si no, "escribe no alergias conocidas"): \_\_\_\_\_

¿Actualmente o alguna vez has usado cualquier forma de testosterona o la terapia hormonal?:

Seleccione: Nunca Utilizado Gel Crema Inyecciones Bolitas Otro

**Preocupaciones/Razón principal de la visita:**

- Fatiga
- Libido Disminuido
- Sudores Nocturnos
- Sofocos
- Sequedad Vaginal
- Preocupaciones de Peso
- Preocupaciones de Estado de Ánimo
- Otro: \_\_\_\_\_

**Lista de Síntomas**

Por favor seleccione la severidad de cada clasificación:

Aumento de peso:	Sí	No	# de libras por año: _____
Sudores Nocturnos:	Sí	No	# de veces al día: _____
Sofocos:	Sí	No	# de veces al día: _____
Fatiga:	Frecuente	Raro	Nunca
Dolor con Cópula:	Frecuente	Raro	Nunca
Sequedad Vaginal:	Frecuente	Raro	Nunca
Problemas para Dormir:	Frecuente	Raro	Nunca
Agüjeros de la Orina:	Frecuente	Raro	Nunca
Problemas de Memoria:	Frecuente	Raro	Nunca
Cambios de estado de ánimo:	Frecuente	Raro	Nunca
Migrañas:	Frecuente	Raro	Nunca
Depresión:	Frecuente	Raro	Nunca
Ansiedad:	Frecuente	Raro	Nunca
Disminución del deseo sexual:	Frecuente	Raro	Nunca
Pérdida Memoria:	Frecuente	Raro	Nunca
Pensamientos Confusos:	Frecuente	Raro	Nunca
Sedex Menstrual:	Frecuente	Raro	Nunca

## Historia de la Ginecología

Edad en primer ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

Edad en el nacimiento del primer niño: \_\_\_\_\_

Cuántos niños usted ha tenido: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada, tratando de hacerse embarazada, o haciendo el amamantamiento?  Sí  No

**Si No, que tipo de anticoncepción está usando? (por favor seleccione todos que aplican):**

<input type="checkbox"/> Pastillas	<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> Espuma	<input type="checkbox"/> Condones	<input type="checkbox"/> Diafragma
<input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> Depo	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas	Otro: _____

¿Tiene un útero:  Sí  No

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_

¿Fue normal:  Sí  No

¿Hace autoexámenes de mamas:  Sí  No

¿Tiene cualquier masa de pecho, ternura, o descarga:  Sí  No

Fecha del último frotis: \_\_\_\_\_

¿Tiene un frotis anormal:  Sí  No

Si sí, como fue tratado:  Criocirugía  Histerectomía  Biopsia de Cono  Supresión del lazo

¿Está activa sexualmente:  Sí  No

¿Tiene sexo con coito:  Sí  No

¿Ha tenido infección vaginal, cervical, o tubal:  Sí  No

Si sí, seleccione todos que aplican:  Sífilis  Levadura  PID  Herpes  
 Clamidia  Gonorrea  Verrugas  Otro

Primer día del último periodo: \_\_\_\_\_

Cuántos días duran su periodo: \_\_\_\_\_

¿Sus periodos son regulares:  Sí  No

¿Tiene PMS:  Sí  No

¿El flujo de su periodo ha cambiado:  Sí  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay sangre que ocurre entre los periodos:  Sí  No

¿Ha tenido sangre anormal en el último año:  Sí  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_

**Si no más tiene periodos, por favor seleccione el razón:**

Natural  Histerectomía  Ablación  Menopausia  IUD

¿Tiene menopausia, a qué edad empezaste la menopausia: \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia sangrado posmenopáusico:  Sí  No

## Historia Medico

(Usted tiene cualquier o algunos de los condiciones escritos abajo)

TDAH:	Sí	No	Fibromialgia:	Sí	No
SIDA/VIH:	Sí	No	Problema Gastrointestinal:	Sí	No
Reflujo ácido:	Sí	No	Pérdida de cabello:	Sí	No
Acné:	Sí	No	Dolor de cabeza/migraña	Sí	No
Alergias:	Sí	No	Ataque de corazón:	Sí	No
Anemia:	Sí	No	Problemas del corazón:	Sí	No
Desorden de la ansiedad:	Sí	No	Hepatitis:	Sí	No
Artritis:	Sí	No	Presión arterial alta:	Sí	No
Asma:	Sí	No	Colesterol alto:	Sí	No
Problemas de la Vejiga:	Sí	No	Alto de hierro:	Sí	No
Distensión:	Sí	No	Hipertiroidismo:	Sí	No
Enfermedades Sangrados:	Sí	No	Hipotiroidismo:	Sí	No
Transfusiones de Sangre:	Sí	No	Infertilidad:	Sí	No
Cáncer de Mama:	Sí	No	Problemas articulares:	Sí	No
Problema de Mama:	Sí	No	Enfermedad renal:	Sí	No
Enfermedades Sangrados:	Sí	No	Piedras en el riñón:	Sí	No
Cáncer:	Sí	No	Leucemia:	Sí	No
Si sí, explique:			Enfermedad de hígado:	Sí	No
Cáncer de Colon:	Sí	No	Enfermedad pulmonar:	Sí	No
Pólipos en el colon:	Sí	No	Trastorno mental:	Sí	No
Fallado cardiaca:	Sí	No	Problemas musculares:	Sí	No
Estreñimiento:	Sí	No	Osteoporosis:	Sí	No
COPD:	Sí	No	Cáncer de ovario:	Sí	No
Enfermedad arterial:	Sí	No	Convulsiones/epilepsia:	Sí	No
Depresión:	Sí	No	Problemas del piel:	Sí	No
Diabetes:	Sí	No	Apoplejía:	Sí	No
Trastorno Alimentario:	Sí	No	Várices:	Sí	No
Eccema:	Sí	No	Retención de agua:	Sí	No
Endometriosis:	Sí	No	Otro: _____		
	Sí	No			

## Historia de Cirugías

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía                    | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla              |
| <input type="checkbox"/> Aumento de pecho                 | <input type="checkbox"/> Rinoplastia                     |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia                     | <input type="checkbox"/> Tonsilectomía                   |
| <input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Extracción de muelas del juicio |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía                    | <input type="checkbox"/> Otras cirugías: _____           |

Ha tenido alguna complicación de la anestesia:                      Sí                      No

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

## Historia de la Familia:

(Seleccione Sí/No)

- |  |    |    |                     |
|--|----|----|---------------------|
| ¿Tiene antecedente familiar de cáncer de las mamas:      | Sí | No | Si sí, quien: _____ |
| ¿Tiene antecedente familiar de cáncer de colon:          | Sí | No | Si sí, quien: _____ |
| ¿Tiene antecedente familiar de cáncer de ovario:         | Sí | No | Si sí, quien: _____ |
| ¿Tiene antecedentes familiares de osteoporosis:          | Sí | No | Si sí, quien: _____ |
| ¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión:          | Sí | No | Si sí, quien: _____ |
| ¿Tiene antecedente familiar de la enfermedad de corazón: | Sí | No | Si sí, quien: _____ |
| ¿Tiene antecedente familiar de enfermedad renal:         | Sí | No | Si sí, quien: _____ |

Cuantos años tuvo su madre cuando empezó la menopausia: \_\_\_\_\_

## Historia Social:

(Por favor seleccione

Sí/No)

- |                                 |    |    |   |    |    |
|---------------------------------|----|----|---|----|----|
| Has fumado cigarros:            | Sí | No | Actualmente fume cigarros:                  | Sí | No |
| Si sí, cuantos en un día: _____ |    |    | Cuantos años ha fumado: _____               |    |    |
| Usas los drogas de recreación:  | Sí | No | Si sí, explique: _____                      |    |    |
| Toma alcohol:                   | Sí | No | Si sí, cuantos bebidas en una semana: _____ |    |    |
| Usted hace ejercicio:           | Sí | No |   |    |    |
| Consumas cafeína:               | Sí | No |   |    |    |

## Repaso de las Sistemas

(Por favor seleccione Sí/No)

<b>Constitucional:</b>			<b>Gastrointestinal:</b>		
Aumento de peso anormal:	Sí	No	Dolor abdominal:	Sí	No
Sudores nocturnales:	Sí	No	Náuseas y vómitos:	Sí	No
Apetito disminuido:	Sí	No	Cambio en hábitos intestinales:	Sí	No
Fatiga:	Sí	No	Cambio en el apetito:	Sí	No
<b>Ojos:</b>			Sangre en las heces:		
Cambios repentinos de visión:	Sí	No	<b>Neurológica:</b>		
Visión doble:	Sí	No	Dolor en cabeza frecuente:	Sí	No
Disturbios Visuales:	Sí	No	Debilidad en brazos/piernas:	Sí	No
<b>Oreja/Nariz/Garganta:</b>			Dificultad con discurso		
Pérdida de la audición:	Sí	No	Dolor crónico:	Sí	No
Zumbido en oídos:	Sí	No	<b>Musculo-esqueléticos:</b>		
Alterado sentido olfato:	Sí	No	Dolor articular:	Sí	No
<b>Pecho:</b>			Dolor muscular:		
Sensibilidad en pezón:	Sí	No	Debilidad muscular:	Sí	No
Aumento de mamas:	Sí	No	<b>Tegumentario:</b>		
<b>Respiratorio:</b>			Lesiones de piel sospechosas:		
Tos persistente:	Sí	No	Erupciones recurrentes:	Sí	No
Sibilancias:	Sí	No	Acné:	Sí	No
Dificultad para respirar:	Sí	No	<b>Psiquiátricos:</b>		
<b>Cardiovascular:</b>			Estado de ánimo deprimido:		
Presión/dolor de pecho:	Sí	No	Ansiedad:	Sí	No
Palpitaciones:	Sí	No	Irritabilidad:	Sí	No
Dolor en los pies:	Sí	No	Insomnio:	Sí	No
Desmayos:	Sí	No	Auto-confianza baja:	Sí	No
Mareos:	Sí	No	<b>Endocrino:</b>		
<b>Genitourinario:</b>			Libido disminuido:		
Urinaria frecuente:	Sí	No	Intolerancia frío/caliente:	Sí	No
Dolor al orinar:	Sí	No	Cambio de apetito:	Sí	No
			Sed excesiva:	Sí	No

## Responsabilidad Financiero:

**Por favor firme su nombre al lado de las declaraciones verdaderas:**

Todos los servicios profesionales prestados son cargados al paciente y se realizan al tiempo de servicio a menos que se han hecho otros arreglos por adelantado con nuestra oficina de negocios. Los formularios se completarán para solicitar los pagos de las compañías del seguro médico. También entiendo que los pagos son exigibles y pagaderos en la fecha que los servicios son ofrecidos y comprometo pagar todos los cargos incurridos plenamente inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de este tarea será considerado válido igual como la original.

Por favor seleccione la opción que mejor se adapte a usted:

\*No tengo el seguro médico y voy a pagar por mi misma para los servicios prestados. Entiendo que pagaré 100% de los servicios prestados.

---

Firma/Fecha

\*Yo tengo el seguro médico y doy permisión a Paradigm Hormones para facturar al negocio del seguro médico para todos los tratamientos obtenidos. Además, entiendo que yo seré responsable para todos los cargos que no son pagados por mi compañía del seguro médico.

---

Firma/Fecha

\*Yo tengo el seguro médico, pero prefiero que Paradigm Hormones no factura a mi compañía del seguro médico. Entiendo que seré responsable 100% para todos los servicios prestados.

---

Firma/Fecha

\*Yo tengo el seguro médico pero entiendo que solamente mis visitas a la oficina y los laboratorios serán facturados y yo seré responsable para el resto de los cargos, incluido 100% del coste de la bolita.

---

Firma/Fecha

**Consentimiento para retirar la sangre:**

Autorizo al personal médico de Paradigm Hormones LLC para obtener una muestra de sangre para el propósito de ejecutar cualquier prueba de laboratorio que estimen necesarios en el criterio profesional del personal médico.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

**Recibo del aviso de prácticas de privacidad para el paciente:**

El firmante abajo se acusa recibo de una copia la Nota de Prácticas de Privacidad para Paradigm Hormones.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

**Consentimiento para ordenar historias médicos/prescripciones:**

Autorizo al personal médico de Paradigm Hormones LLC para obtener mi historias de médico y prescripciones para que puedan ayudar con mi tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

**Consentimiento para Contactar:**

Yo doy el consentimiento al Paradigm Hormones LLC para contactarme para discutir los varios aspectos de mis visitas. Entiendo que algunas de las razones para contactarme sean para hablar sobre los resultados de las pruebas del laboratorio, recordatorios de cita, facturación etc.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

**Información Personal**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_



**Instrucciones:** Esto es una herramienta para los cánceres que se presentan en familias. Marque "Y" para los que aplican a USTED o TU FAMILIA biológica (en tanto los lados maternos y paternos). Al lado de cada declaración, por favor llene las relaciones a usted y la edad diagnóstico para cada cáncer en tu familia. Usted y los siguientes miembros consanguíneo cercano se deben considerar:

- Familiares de primer grado: Madre, padre, hermanos completos, o niños
- Familiares de segundo grado: abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos, sobrinas, o medio hermanos
- Familiares de tercer grado: primos, bisabuelos, o bisnietos

**Historia de Cáncer: Familia Tuya (Por favor sea exacto y preciso)**

CANCER	TU (edad)	PADRES/HERMANOS/ NINOS	EDAD	LADO MATERNO	EDAD	LADO PATERNO	EDAD
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	<i>EJEMPLO: Cáncer de mama</i>	<i>HERMANA</i>	<i>41</i>	<i>TIA PRIMA</i>	<i>45 61</i>	<i>ABUELA</i>	<i>53</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	Cáncer de mama						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	Cáncer de ovario						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	Cáncer de uterino/endometrio						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	Cáncer de rectal/colon						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	Otros tipos de cáncer (especificar)						

Sí  N ¿Eres de ascendencia judía?

Sí  N Usted o un miembro de su familia has hecho exámenes genéticas para un síndrome de cáncer hereditario?

Si sí, por favor explique y incluya una copia del resultado:

**Criterios de Análisis (marque todos que aplican a usted o su familia)**

**Síndrome hereditario de la mama o ovario**

- Cáncer de mama diagnosticado en o menor de 45 años\*
- Cáncer de ovario en cualquier edad\*
- Dos cánceres de la mama en la misma persona con uno diagnosticado en o menor de 50 años\*
- Dos familiares en el mismo lado de la familia con cáncer de mama, una diagnosticada en o menor de 50 años
- Tres familiares en el mismo lado de la familia con cáncer de mama y/o cáncer de ovario en cualquier edad
- Negativa triple de cáncer de mama en o menor de la edad 60 (estado receptor negativo para ER, PR, HER2)
- Cáncer de mama masculina
- Tres o mas familiares en el mismo lado de la familia con cualquier de los cánceres siguientes: mama, ovario, pancreático, próstata
- Ascendencia de Judía Askenazi con un cáncer asociado con HBOC\*\*

**Síndrome Lynch**

- Una historia personal de los cánceres colon/rectal o cáncer endometrial diagnosticado en o menor que la edad 50
- Una historia personal de dos o más cánceres de síndrome Lynch\*\*\*
- Dos o más familiares con un cáncer\*\*\* de síndrome Lynch, con uno antes de la edad 50
- Tres o más familiares con un cáncer\*\*\* de síndrome Lynch en cualquier edad.
- Una mutación encontrado anteriormente de BRCA1 o BRCA, o una mutación de síndrome Lynch en la familia

\* En mi misma, o de grado primer o segundo miembros familiares

\*\* cáncer asociado con HBOC incluye: mama, ovario, y pancreático

\*\*\* Cánceres asociados con Lynch incluyen: colon, endometrial, gástrico, ovario, uréter/renal pelvis, tracto biliar, intestino delgado, páncreas, cerebro, y adenomas sebáceos

**Evaluación del Riesgo de Cáncer y Asesoramiento**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para el uso de la oficina:**

Cita de seguimiento previsto:  Sí  NO Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Paciente fue ofrecido exámenes de cáncer hereditario:  Sí  NO  ACEPTADO  DECLINADO

**Autorización para Divulgar la Información de Salud Protegida**

Reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta práctica médica. Además, reconozco que obtendré una copia de cualquier modificación a la Nota de Prácticas de Privacidad en cada cita.

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a Paradigm Hormones para dar información a los individuales escritos abajo sobre mi atención médica. Esta información incluya resultados del laboratorio, medicinas tomadas, el horario de las citas, modificaciones al horario, reportes hechos por el médico o enfermera sobre yo, y cualquier otro tipo de información que este oficina tiene sobre yo.

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OPORTUNIDAD AL OBJETO**

Yo, \_\_\_\_\_, no quiero que ningún tipo de información ser distribuido a nadie más que yo con respecto a mi condición de salud o de otra información sobre el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha