

ADULT PELVIC HEALTH & CONTINENCE CARE

500 Red Creek Drive, Suite 120, Rochester, NY 14623

T: 585-487-3400 F: 585-334-3327

Dr. Jenifer Byrnes – Dr. Paula Doyle – Dr. Erin Duecy – Pam Wigent Nurse Practitioner

Dear patient,

Welcome to our practice. We understand you have been referred or you have requested an appointment with our Urogynecology Office, at the University Rochester. Our center is a multi-disciplinary practice that includes medical and surgical management of continence and pelvic issues. We understand that having these type of issues impacts you both physically and emotionally, and we therefore approach evaluation and treatment as a team.

APPOINTMENT DATE & TIME: _____ ARRIVAL TIME: _____

WITH PROVIDER: Dr. Jenifer Byrnes Dr. Paula Doyle Dr. Erin Duecy

Please bring your packet with you at the arrival time of your scheduled appointment.
DO NOT MAIL IT BACK.

As mentioned on the phone, enclosed is your New Patient Packet. We kindly request that you complete the questionnaire to the best of your ability. The questionnaire has been developed to provide us with important information about your symptoms as well as your overall health. It may seem long, but the more accurate information we have, the better we are able to understand your experience and to help with your treatment.

▶▶ THE DAY OF YOUR VISIT ◀◀

- ▶ Arrive **15 minutes** before your scheduled appointment time.
- ▶ **Please do NOT empty your bladder within 1 hour of your appointment.**
- ▶ Please bring your insurance card(s) with you for your first visit.
- ▶ Be sure to bring your packet with you at the arrival time of your scheduled appointment.

Insurance - We accept most major insurances in the Rochester area but do not participate with all insurances. Please contact your referring physician and/or insurance company to determine if a referral is required. Your deductible or co-payment fee is determined by your insurance company. We accept exact cash amount, checks, and MasterCard, Visa, and Discover for payment(s) as well.

Late Arrivals/Cancellations – Please arrive **15 mins** before your scheduled appointment time to allow for the check-in and triaging process. If you arrive late for your appointment, you may be rescheduled. We respectfully ask a minimum 24 hour prior notice to cancel an appointment. If you cannot keep an appointment, please notify the office as soon as possible to allow another patient to be seen. Should you not notify us of a cancellation, a \$50 charge may be applied. **LATE ARRIVALS MAY RESULT IN RESCHEDULING.**

Directions to our office: A map with written directions is enclosed on the last page (you may rip off the last two pages in packet to keep). PLEASE allow extra time if you are unsure of our location, and feel free to contact us ahead of time if you have any questions about our location.

We look forward to participating in your medical care. Please contact our office if you have any questions or concerns.

PLACE PATIENT LABEL HERE

Historial Médico

¿Usted tiene o hatenido alguno de los siguientes problemas medicos? (Sea lo mas sepcifica possible)

Ataques Repentinos _____
Enfermedades de la Piel _____
Enfermedad del Ceno _____
Tós Crónica _____
Falta de Respiración _____
Problemas de Corzón _____
Pesión Alta _____
Enfermedad Pulmonar _____
Poblemas Siquiátricos _____
Algún otro problema medico _____

Enfermedad del Hígado _____
Estreñimiento Crónico _____
Desórden Intestinal _____
Artiitis _____
Infección de la Vejiga _____
Infección de los Riñones _____
Problemas con la Tiroide _____
Diabetes _____
Transfusión de Sangre _____

¿Actualmente usted está active sexualmente? _____
¿Usted ha sido sujeta a buso sexual de noña o de adulto? _____
¿Ha sido sujeta a abuso fisico de niña o de adulto? _____

Historial Quirújico

Por favor liste todas las cirugías que ha tenido:

Año	Edad	Tipo de Cirugía	Cirujanno	Hospital	Dirección
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Historial Familiar

Presión Alta _____
Derrame Cerebral _____
Problemas del Corazón _____
Diabetes _____
Problemas Siquiátricos _____
Enfermedad del Cono _____
Cáncer _____

Relación _____
Relación _____
Relación _____
Relación _____
Relación _____
Relación _____
Relación _____

Fecha de hoy ____/____/____

Firma _____

PLACE PATIENT LABEL HERE

CUESTIONARIO SOBRE DESPERDICIOS CORPORALES

Por favor complete el siguiente cuestionario. Circule la contestación que describa su condición.

¿A usted la han tratado de infección en la orina anteriormente?	SI	NO
Si su respuesta fué SI, ¿Usted sufre de infección en la orina de una vez al año?	SI	NO
¿Cuándo fué la última vez tuvo infección de orina?	SI	NO
¿A usted se le sale la orina?	SI	NO
Si su respuesta fué SI, ¿Usted siempre siente urgencia antes de que se le salga la orina?	SI	NO
¿El sonido o el sentir de agua corriendo le causa que se le salga la orina?	SI	NO
¿A usted se le sale la orina constantemente?	SI	NO
¿A usted se le sale la orina cuando se acuesta?	SI	NO
¿A usted se le sale la orina cuando tose, estronunda of se ríe?	SI	NO
¿A usted se le sale la orina cuando se levanta de la silla o cuando se levanta de la cama en la mañana?	SI	NO
¿Usted considera necesario el uso de protección para la incontinencia?	SI	NO
¿Usted requiere el uso de un catéter para vaciar la vejiga porque no pude orinar normalmente?	SI	NO
¿Usted maja la cama cuando duerme?	SI	NO
¿Usted se siente majada constantemente?	SI	NO
¿Le duele o se le hace difícil orinar?	SI	NO
¿Usted puede controlar su orina except tose,estournuda, se ríe o have esfuerzo al levantar?	SI	NO

Cuando a usted se le sale la orina, su ropa se;

Humedece Moja Empapa o produce Charcos (de orina) en el suelo

¿Cuando usted siente deseo de orianr,puded controlarse hast que llegue al baño?	SI	NO
¿Usted encuentra sangre en su orina frecuentemente?	SI	NO
¿Used pasa gas (pedos) aún cuando no quiera?	SI	NO