

**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**

**UROGYNECOLOGY EVALUATION**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted de nuestra práctica? \_\_\_\_\_  
¿Por qué vino a esta evaluación? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué resultados le gustaría recibir? \_\_\_\_\_

---

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de abortos \_\_\_\_\_  
Número de partos vaginales \_\_\_\_\_ Número de Cesáreas \_\_\_\_\_  
Peso del bebé más grande \_\_\_\_\_ Duración del parto más largo \_\_\_\_\_

Edad en que comenzó a menstruar \_\_\_\_\_ Fecha del último período \_\_\_\_\_  
Número de días entre el primer día de un período y el primer día del próximo \_\_\_\_\_  
Número de días menstruando \_\_\_\_\_ Método de control natal \_\_\_\_\_

¿Usted ya pasó por la menopausia? ( ) No ( ) Sí, a qué edad \_\_\_\_\_  
Si ya pasó la MENOPAUSIA, ¿usted está bajo tratamiento hormonal? ( ) No ( ) Sí

Fecha del Papanicolaou más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Normal ( ) No ( ) Sí  
Fecha de la Mamografía más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Normal ( ) No ( ) Sí

¿Usted es alérgica a algún medicamento? ( ) No ( ) Sí \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS & SUPLEMENTS:** PRO FACOR ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE, INCLUYENDO VITAMINS Y CONTRACEPTIVOS: (INCLUYA NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS, Y EXPLICACION BREVE DE COMO LO TOMA)

Medication Name	Dosage	How Often

¿Fuma? \_\_\_\_\_ Si fuma, ¿Cuántas cajetillas al día? \_\_\_\_\_  
¿Toma bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ Si toma, ¿Qué cantidad semanalmente? \_\_\_\_\_  
¿Usa drogas? \_\_\_\_\_ Si usa drogas, ¿Qué drogas y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Usted se considera una persona saludable? \_\_\_\_\_

**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