Uterine Fibroid Embolization (UFE) - Patient Information

Embolización de fibroide uterino - Información del paciente

Paciente: _____ Fecha de hoy: ____/_____/_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Firma: _____

Médico remitente: _____ Médico principal, si difiere: _____

Médico principal, si difiere: _____

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Tiene exámenes de Papanicolau cada año? _____

¿Su visita hoy está relacionado con los resultados de su examen de Papanicolau? _____

¿Tiene ciclos de menstruación prolongados o excesivo? _____

Por lo general, ¿por cuántos días se dura su menstruación? _____ días

¿Cuántas toallas sanitarias usa cada día? _____ ¿Tampones? _____

Experimenta un aumento en la frecuencia de: ¿Orinar? _____ ¿Estar estreñida? _____

Datos Personales

Estado civil: **¿Tiene hijos?:** **Empleo:**

¿Cuál es su ocupación?: _____

Antecedentes médicos

Escriba todas las enfermedades que sufre actualmente: (enfermedad cardíaca, problemas con los pulmones, presión arterial alta, diabetes, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.) _____

_____

Escriba todas las condiciones médicas que ha sufrido en el pasado: _____

_____

Si se ha sometido a una cirugía, escriba cuál fue y la fecha de éste: _____

_____

_____

MEDICAMENTOS – incluye todo medicamento recetado, vitaminas, hierbas y medicamentos sin (aspirina, ibuprofeno, Tylenol, etc.) que toma

MEDICAMENTO	DOSIS	QUE TAN MENUDO LO TOMA

Después de llenar este formulario, imprímelo, fírmelo y tráigalo con usted a su cita.