

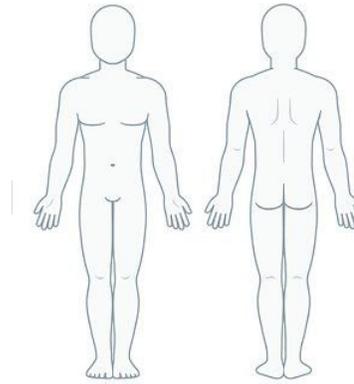
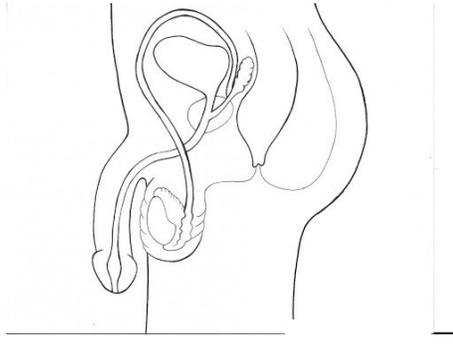


CALIFORNIA HAND & PHYSICAL THERAPY, INC

Fecha:		Referido Por:	
Nombre:		Edad:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		# de Celular:	
Ciudad/Estado/Código Postal:		Correo Electrónico:	
¿Estas trabajando actualmente? Si o No		¿Cual es tu ocupación?	

Describe los síntomas que te llevan a terapia pélvica hoy.
 ¿Cuándo se notaron estos síntomas por primera vez?

Por favor sombrea las áreas que te molestan:



¿En general, como calificaría su dolor en una escala de 0 a 10 (0 es sin dolor en absoluto y 10 es el peor dolor imaginable)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En general, cuanto le molestan estos síntomas a diario? (0 es sin molestas y 10 significativamente molestos)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EN UNA ESCALA DE 0-10, POR FAVOR CALIFIGUE SU CAPACIDAD PARA REALIZAR CADE TAREA. (0 ES CAPAZ DE FUNCIONA SIN DIFICULTAD Y 10 NO PUEDE FUNCIONA EN ABSOLUTO).

Cuidado Personal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Cuidando 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sentada/o 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Tarea Del Hogar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
De Pie 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Trabajo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre:

Caminar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ocio/Juego 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Levantar mas de 10 libras 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Conduciendo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ejercitarse 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Tiene un diagnóstico médico?	
¿Estas en tratamiento medico o terapéutico? ¿Si o No?	
Si es así, ¿que tratamientos?	
¿Alguna precaución que deba tener en cuenta el/la terapeuta?	
Enumere todos los medicamentos y suplementos que este tomando y sus usos previstos:	
Enumere todas las cirugías que haya tenido, tanto medicas como cosméticas:	
Cualquier lesión importante (accidentes, fracturas, etc.) y cuando ocurrió:	

POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES QUE PUEDAN APLICARSE A USTED O PONGA UNA "P" SI HAN OCURRIDO EN EL PASADO:

TDAH	TMJ
Alergias	Estreñimiento/Diarrea/Ambos
Anemia	Diabetes
Ansiedad/Depresión/Pánico	Problemas Digestivos
Artritis: Reumatoide u Osteoartritis	Mareos/Vértigo
Asma/Dificultades Respiratorias	Trastornos de la alimentación
Desorden Bipolar	Fibromialgia
Problemas de vejiga (urgencia, frecuencia, sangre)	Dolores de Cabeza/ Migrañas
Cáncer/Tipo _____	Dificultaste de aprendizaje
Presión Arterial Alta/Cardiovascular	Condición Neurológica (EM, Accidente Cerebrovascular, Parkinson, etc.)
Fatiga Crónica	Osteoporosis
Dolor Crónico: Circule las áreas afectadas a continuación:	Convulsiones
Cara Cuello Hombros Parte Superior de la Espalda	Infecciones de los senos
Pelvis Parte Inferior de la Espalda Coxis	Desorden del sueño

HISTORIA DE SALUD FEMENINA

Partos Vaginales # _____	Casárea # _____	Abortos Espontáneos # ____	D&C # _____
Endometriosis	Cistitis Intersticial	Cicatrices/ Episiotomía	Prolapso

Nombre:

Sequedad	Por favor describa su menstruación: Ciclo Ligero Ciclo Regular Ciclo Pesado Ciclo Doloroso Sin Ciclo	Menopausia: Si o no
Describe sus síntomas de la menopausia, si corresponde:		

FUNCIONES DEL PISO PELVICO

El suelo pélvico tiene cuatro funciones principales: estabilidad para todo el cuerpo, función de vejiga y los intestina y salud sexual. Esta sección nos ayudara a comprender mejor lo que esta experimentando.

FUNCION DE LA VEJIGA		
<p>¿Cuántas veces orina al día?</p> <p>a. Hasta 7 b. Entre 8-10 c. Entre 11-15 d. Mas de 15</p>	<p>¿Cuántas veces te levantas por la noche para orinar?</p> <p>a. 0-1 b. 2 veces c. 3 veces d. Mas de 3 veces</p>	<p>¿Moja la cama antes de despertarse por la noche?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente - menos de una vez por semana. c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todas las noches</p>
<p>¿Necesita apresurarse o dares prisa para orinar cuando siente la necesidad?</p> <p>a. Nunca – puedo aguantar b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Tiene perdidas de orina cuando se apresura o se apresura a ir al baño?</p> <p>a. Nunca – puedo aguantar b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Tiene perdidas al ponerse en cucullas, estornudar, reír o hacer ejercicio?</p> <p>a. Nunca – puedo aguantar b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todos los días</p>
<p>¿Su flujo urinario es débil, prolongado o lento?</p> <p>a. Nunca – puedo aguantar b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Tiene una sensación de vaciado incompleta de la vejiga?</p> <p>a. Nunca – puedo aguantar b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Necesita esforzarse para vaciar la vejiga?</p> <p>a. Nunca – puedo aguantar b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia - una o mas por semana d. Siempre – todos los días</p>
<p>¿Tiene que usar toallas sanitarias debido a la Perdida de orina?</p> <p>a. Ninguno - nunca b. Con precaución c. Con ejercicio/ durante un resfriado d. Siempre -todos los días</p>	<p>¿Limita la ingesta de líquidos para reduce las fugas?</p> <p>a. Nunca b. Antes de salir/socialmente c. Moderadamente d. Siempre- todos los días</p>	<p>¿Tiene infecciones frecuentes de la vejiga?</p> <p>a. No b. 1 — 3 por año c. 4 — 12 por año d. Más de una vez por mes</p>
<p>¿Tiene dolor en la vejiga o en la uretra cuando vacía la vejiga?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿La perdida de orina afecta sus actividades de rutina diaria como (recreación, socialización, dormir, ir de compras, etc.)?</p> <p>a. Para nada b. Levemente c. Moderadamente d. Mucho</p>	<p>Otras preocupaciones:</p>
FUNCION INTESTINAL		
<p>¿Con que frecuencia suele defecar?</p> <p>a. Cada 2 días todos los días b. Menos de cada 3 días c. Menos que una vez a la semana d. Mas de una vez al día</p>	<p>¿Como es la consistencia de sus heces?</p> <p>a. Suave b. Duro/guijarros c. Acuoso d. Variable e. Firme</p>	<p>¿Tienes que esforzarte mucho para vaciar tus intestinos?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>
<p>¿Usa laxantes para vacías sus intestinos?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Te sientes constipada/o?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Cuándo obtienes gas, puedo controlarlo o hay una fuga de gas?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>

Nombre:

<p>¿Tiene una abrumadora sensación de urgencia para vaciar los intestinos?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Tiene fugas de heces acuosas cuando no es su intención?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Tiene perdida de heces normales cuando no quiere decir demasiado?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>
<p>¿Tiene sensación de vaciado intestinal incompleta?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Alguna vez usaste presión con los dedos para ayudar a vaciar el intestino?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>Otras preocupaciones:</p>
<p>ESTROCUCTURAS DE APOYO</p>		
<p>¿Tiene una sensación de protuberancia, bulto o abultamiento de tejido en la vagina?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>Experimentas presión vaginal, pesadez o sensación de arrastre?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>Tienes que hacer retroceder tu prolapso para anular?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>
<p>¿Tiene que hacer retroceder su prolapso para vaciar sus intestinos?</p> <p>a. Nunca b. Ocasionalmente – menos de una vez por semana c. Con frecuencia – mas de una vez por semana d. Siempre – todos los días</p>	<p>¿Cuanto to molesta tu prolapso?</p> <p>a. Para nada b. Levemente c. Moderadamente d. Mucho e. No Aplica</p>	<p>Otras preocupaciones:</p>
<p>FUNCION SEXUAL</p>		
<p>¿Eres sexualmente active?</p> <p>a. No b. Menos de una vez por semana c. Mas de una vez por semana d. Diariamente o la mayoría de los días</p>	<p>Si no es sexualmente active, díganos por que.</p> <p>a. No tengo pareja b. Mi pareja no puede c. Sequedad vaginal d. Muy doloroso e. Vergüenza por prolapso o incontinencia f. Otras razones</p>	<p>¿Tiene suficiente lubricación vaginal naturalmente durante el coito?</p> <p>a. Si b. No</p>
<p>Durante las relaciones sexuales, la sensación vaginal es:</p> <p>a. Normal/agradable b. Mínimo c. Doloroso d. Ninguno</p>	<p>¿Siente que su vagina esta demasiado floja?</p> <p>a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre</p>	<p>¿Sientes que tu vagina esta demasiado apretada?</p> <p>a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre</p>
<p>¿Experimenta dolor durante las relaciones sexuales?</p> <p>a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre</p>	<p>¿Donde ocurre el dolor durante las relaciones sexuales?</p> <p>a. Sin dolor b. A la entrada de la vagina c. Muy adentro/en la pelvis d. Tanto en la entrada como en la pelvis</p>	<p>¿Tiene perdida de orina durante las relaciones sexuales?</p> <p>a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d.</p>
<p>¿Cuanto le molestan estos problemas sexuales?</p> <p>a. Para nada b. Levemente c. Moderadamente d. Mucho e. No Aplica</p>	<p>Otras preocupaciones:</p>	

Nombre:

HABITOS DE ESTILO DE VIDA

¿Tiene antecedentes de trauma? Si o No (en caso afirmativo explique)	
Experimentas estrés? Si o No	Actualmente mi estrés es: Leve Medio Alto
Conoces la causa?	
¿Donde retienes el estrés en tu cuerpo?	
¿Que haces para reducir tu estrés?	
¿Te relajas o meditas? Si o No	¿En caso afirmativo, con que frecuencia?
¿Hacer ejercicio? Si o No	¿En caso afirmativo, cuantas veces por semana?
Describe tu rutina:	
DESCRIBE UNA DIETA TIPICA DE DIAS:	
Desayuno:	Almuerzo:
Cena:	Merienda:
¿Cuantas frutas y verduras comes al día?	¿Algún cambio en el apetito?
¿Cuantos bebes al día?	Cuanto café/te/gaseosa bebe al día?
¿Cuantas horas de sueño sueles dormir?	Cualquier dificultad: quedarse dormido/permanecer dormido/despertar del dolor?
¿Cuantas horas pasa en las pantallas al día? (incluye teléfonos inteligentes, computadoras, tv)	
¿Cuantas horas te sientas al día?	
¿Que haces en tu vida que te trae alegría y placer?	
¿Tiene un sistema de apoyo seguro?	
¿Cuanto esta dispuesto a comprometerse a cambiar para deshacerse de los síntomas que tiene?	
Cueste lo que cueste/ cambio significativo /algún cambio/ sin cambio	
¿Cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos?	
¿Cuales so sus objetivos de tratamiento?	

Consentimiento: Entiendo que me han referido para terapia ocupacional del piso pélvico. Para evaluar mi condición, puede sea necesario, que mi terapeuta realice un examen de los músculos internos del suelo pélvico. El examen y algunos tratamientos se realiza observando y / o palpando la región perineal, incluida la vagina y / o el recto. Esto nunca se hace sin consentimiento, tiene la opción de negarse y siempre es bienvenido a que un tercero asista para la evaluación o tratamientos.

Signatura

Fecha