

## **Andrey Petrikovets, MD, FACOG**

**Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery  
Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery**

Bienvenido a la oficina de Andrey Petrikovets, MD, FACOG, una práctica dedicada al cuidado de los trastornos del piso pélvico que afectan a las mujeres. El Dr. Andrey es uno de los pocos cirujanos en los Estados Unidos capacitados en Medicina pélvica / Cirugía reconstructiva y en Ginecología avanzada mínimamente invasiva. Está capacitado para proporcionar consultas especializadas y manejo del espectro completo de trastornos del suelo pélvico femenino, que incluyen prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva, vaciado incompleto de la vejiga, defecación difícil, fuga intestinal accidental, síndrome doloroso de vejiga, infecciones recurrentes del tracto urinario. Divertículo uretral, fístulas, sangrado uterino anormal, fibroides y endometriosis.

El Dr. Andrey se enorgullece de mantenerse a la vanguardia de las últimas innovaciones para brindar a los pacientes las terapias más actuales y los procedimientos mínimamente invasivos, junto con la atención al servicio personalizado.

En su primera visita, el Dr. Andrey revisará minuciosamente su historial médico, realizará un examen pélvico completo y realizará varias pruebas para determinar y discutir con usted el mejor curso de tratamiento. A lo largo de todo el proceso, se le dará la máxima prioridad a sus preocupaciones de comodidad, privacidad y salud.

Se adjunta un cuestionario que nos ayudará en su evaluación y tratamiento. Es muy importante que complete este formulario lo más detalladamente posible.

**POR FAVOR, NO VACIE SU VEJIGA HASTA QUE EL ASISTENTE MÉDICO LO INSTRUCTE.**

**¡Esperamos poder atender todas sus necesidades de suelo pélvico!**

**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery  
Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery

Nombre: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Su correo electrónico (E-Mail): \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Doctor de Referencia: \_\_\_\_\_

Dirección/Teléfono #: \_\_\_\_\_

¿Cómo escucho de nosotros? (Por favor circule todo lo que corresponda): MI DOCTOR  
AMIGO INTERNET PERIÓDICO ANUNCIO OTRO \_\_\_\_\_

RAZON DE VISITA: \_\_\_\_\_

POR FAVOR DIGANOS ACERCA: \_\_\_\_\_

**Por favor (✓) si responde "SÍ" a las siguientes preguntas:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Siente ganas de orinar con demasiada frecuencia? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia (en minutos u horas)?<br>_____                                    | <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez tiene que esforzarse o empujar para orinar?  |
| <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez siente ganas de orinar que teme no poder controlar?   | <input type="checkbox"/> ¿Usa almohadillas / protectores de ropa debido a una fuga de orina? Si es así, ¿cuántos por día? _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez pierdes orina con este impulso?   | <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces al día usa el baño para vaciar su vejiga? _____   |
| <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez ha tomado medicamentos para controlar su necesidad de orinar o para controlar la frecuencia con la que orina? Si es así, ¿qué medicación? _____ | <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces en la noche se despierta para vaciar la vejiga?<br>_____                                |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas para iniciar el flujo de orina?  | <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez ha tenido sangre en la orina?  |
| <input type="checkbox"/> ¿Su flujo de orina es débil?  | <input type="checkbox"/> ¿Sientes que no vacías tu vejiga por completo?   |
| <input type="checkbox"/> ¿Su flujo de orina comienza y se detiene con frecuencia?  | <input type="checkbox"/> ¿Tiene dolor con la vejiga llena?  |
|  | <input type="checkbox"/> ¿Pierde orina con tos / estornudos / actividad?  |

**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
**Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery**  
**Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery**

- ¿Pierde orina durante relación sexual?
- ¿Tiene infecciones frecuentes de la vejiga? Si es así, ¿cuántos en 6 meses?
- ¿Sientes una protuberancia en tu vagina?  
Si es así, ¿te molesta?
- Si es así, ¿cuánto tiempo ha tenido un bulto? \_\_\_\_\_
- ¿Le han dicho alguna vez que su vagina / vejiga / recto / útero está cayendo?
- ¿Alguna vez tiene que empujar este bulto para orinar o evacuar heces?
- ¿Alguna vez tienes problemas con los movimientos intestinales?
- ¿Alguna vez has usado un "pesario"?
- ¿Ha tenido alguna vez cirugía para la vagina / vejiga / recto / útero?
- ¿Cuántas evacuaciones intestinales tiene una semana?  
\_\_\_\_\_
- ¿Te esfuerzas con los movimientos intestinales?

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último período después de la menopausia? \_\_\_\_\_

**HISTORIA OBSTETRICA**

- \_\_\_\_\_ Número total de embarazos
- \_\_\_\_\_ Número de hijos nacidos
- \_\_\_\_\_ Número de cesáreas
- \_\_\_\_\_ Peso del bebé más grande

**HISTORIA DE PROYECCIÓN GINECOLÓGICA / CÁNCER**

- ¿Cuándo fue tu última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_
- ¿Fue normal? \_\_\_\_\_
- Historia de la endometriosis

- \_\_\_\_\_ 12 meses? \_\_\_\_\_  ¿Alguna vez has tenido cálculos renales?
- ¿Alguna vez tienes heces duras?
- ¿Tienes heces acuosas?
- ¿Alguna vez gotea de su recto cuando no quiere? Si es así,  heces?  gas?
- ¿Está interesado en la cirugía estética / estética de sus labios y / o vagina?
- ¿Está insatisfecho con la apariencia de sus labios / vagina?
- ¿Sientes que tienes laxitud vaginal?
- ¿Actualmente eres sexualmente activo? Si es así, ¿experimenta relaciones sexuales dolorosas?
- ¿Es tu vida sexual satisfactoria para ti?
- ¿Experimenta sequedad / ardor vaginal?
- ¿Has pasado por la menopausia? Si es así, ¿estás experimentando algún sangrado vaginal después de la menopausia?

- \_\_\_\_\_ Número de partos vaginales
- Durante el parto vaginal, ¿alguna vez tuvo:
  - ¿Un desgarro en el recto?  Fórceps?
  - Vacío?
  - Historia del útero fibroid
  - Historia de la cirugía ginecológica
- ¿Cuándo fue tu última mamografía?  
\_\_\_\_\_

# Andrey Petrikovets, MD, FACOG

Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery  
Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery

¿Fue normal? \_\_\_\_\_

¿Fue normal? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue tu última colonoscopia?

\_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA PASADA Por favor (✓) si responde "SÍ" a las siguientes preguntas:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón               | <input type="checkbox"/> EPOC                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer             |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal   | <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____                  |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (Alta Presión) | <input type="checkbox"/> Trazo (Derrame)         | <input type="checkbox"/> Depresión / Bipolar                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                     | <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Historia de los coágulos / DVT / PE |
| <input type="checkbox"/> VIH                                  | <input type="checkbox"/> Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Trastornos de Sangrado              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides            | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |  |

## HISTORIA QUIRURGICA

Si ha tenido alguna operación, enumérela aquí:

CIRUGIA	FECHA	CIRUGANO

## MEDICAMENTOS / MEDICOS

Díganos quiénes son sus otros **médicos** y qué otros **medicamentos** toma. Si es posible, por favor incluya las dosis.

¿Tienes alguna alergia a medicamentos?  Sí  No. En caso afirmativo, ¿a qué medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Toma algún suplemento de hierbas?  Sí  No En caso afirmativo, cuál? \_\_\_\_\_

---

# Andrey Petrikovets, MD, FACOG

Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery  
Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery

DOCTOR: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

## **HISTORIAL DE APOYO SOCIAL / FAMILIAR Por favor (✓) si responde "SÍ" a las siguientes preguntas:**

¿Consumo de tabaco? En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_

¿Consumo de marihuana? Si es así, ¿cuánto consume por día?  
\_\_\_\_\_

¿Consumo de alcohol? Si es así, ¿cuántas bebidas por semana?  
\_\_\_\_\_

¿Uso del café? Si es así, ¿cuánto café tomas por día?  
\_\_\_\_\_

¿Otro uso de drogas? En caso afirmativo, ¿qué otras drogas usa (confidencial)?  
\_\_\_\_\_

¿Cuánta agua bebes en promedio por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana haces ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Te consideras saludable? \_\_\_\_\_

¿Quién es su principal persona de apoyo (pareja / cónyuge / amigo)? \_\_\_\_\_

## **HISTORIA FAMILIAR**

**¿Alguna vez en su familia alguien ha tenido alguna de estas enfermedades / condiciones?**

Cáncer de mama \_\_\_\_\_

Cáncer uterino \_\_\_\_\_

Cáncer de ovarios \_\_\_\_\_

Cáncer de riñón /vejiga \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Otro cáncer o enfermedades \_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón / ataque al corazón \_\_\_\_\_

**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery  
Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery

**Indice de gravedad de la incontinencia (ISI)**

**Por favor conteste las siguientes dos (2) preguntas:**

**1. ¿Con qué frecuencia experimenta una fuga de orina (marque una)?**

- Nunca, no pierdo orina
- Menos de una vez al mes
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Todos los días y / o noches

**2. ¿Cuánta orina pierdes cada vez? (Por favor, marque uno)**

- Ninguna, no pierdo orina
- Gotas
- Pequeñas salpicaduras
- Más

**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery  
Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery

**REVISIÓN DE SISTEMAS**

Por favor (✓) si responde "Sí" si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en el último mes.


<b>General</b>
<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos
<input type="checkbox"/> Fiebres, escalofríos
<input type="checkbox"/> Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
<b>Orejas, Nariz, Garganta</b>
<input type="checkbox"/> Nariz que moquea
<input type="checkbox"/> Zumbido en las orejas
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición
<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis
<input type="checkbox"/> Dolor en la boca
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta
<b>Ojos</b>
<input type="checkbox"/> Cambios en la visión
<b>Piel / Cabello</b>
<input type="checkbox"/> Perdida de cabello
<input type="checkbox"/> Lesiones
<input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Mole preocupante
<b>Alergia / Inmunológico</b>
<input type="checkbox"/> Fiebre de heno
<input type="checkbox"/> Exposición al VIH
<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Infecciones persistentes
<b>Pecho(Seno)</b>
<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho
<b>Respiratorio</b>
<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Falta de aliento mientras se está acostado
<input type="checkbox"/> Goteo postnasal
<input type="checkbox"/> Falta de aliento
<input type="checkbox"/> Sibilancias
<b>Cardiovascular</b>
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho
<input type="checkbox"/> Dolor de pierna con el movimiento
<input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas
<input type="checkbox"/> Palpitaciones
<input type="checkbox"/> Hinchazón en otro lugar
<b>Endocrino</b>
<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío
<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor
<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> Exceso de orina

<b>Hematológico / Linfático</b>
<input type="checkbox"/> Hematomas anormales
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo
<input type="checkbox"/> Glándulas linfáticas inflamadas
<b>Genitourinario</b>
<input type="checkbox"/> Ardor al orinar
<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria
<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<b>Ginecológico</b>
<input type="checkbox"/> Incontinencia
<input type="checkbox"/> Irregularidad menstrual
<input type="checkbox"/> Secreción vaginal
<input type="checkbox"/> Sequedad vaginal
<input type="checkbox"/> Picazón vaginal
<input type="checkbox"/> Malestar vaginal
<input type="checkbox"/> Disfunción sexual
<b>Gastrointestinal</b>
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces
<input type="checkbox"/> Náusea
<input type="checkbox"/> Vómito
<b>Musculoesquelético</b>
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda
<input type="checkbox"/> Dolor de cuello
<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones
<input type="checkbox"/> Rigidez
<b>Psicología</b>
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/> Alucinación
<b>Neurologico</b>
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
<input type="checkbox"/> Hormigueo

**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
**Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery**  
**Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery**

## Cuestionario de impacto del suelo pélvico (PFIQ)

Instrucciones: Algunas mujeres descubren que los síntomas de la vejiga, el intestino o la vagina afectan sus actividades, relaciones y sentimientos. Para cada pregunta, coloque una X en la respuesta que mejor describa en qué medida sus actividades, relaciones o sentimientos se han visto afectados por los síntomas o afecciones de la vejiga, el intestino o la vagina en los últimos 3 meses. Por favor, asegúrese de marcar una respuesta en las 3 columnas para cada pregunta.

¿Cómo hacen los síntomas o condiciones relacionadas con lo siguiente? usualmente afecta tu 	Vejiga o Orina	Intestino o Recto	Vagina o Pelvis
1. ¿Capacidad para hacer tareas domésticas (cocinar, limpiar, etc.)?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas, como caminar, nadar u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Quite a bit
3. ¿Actividades de entretenimiento, como ir al cine o al concierto?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
4. Posibilidad de viajar en coche o autobús a una distancia mayor que 30 minutos de la casa?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
5. ¿Participar en actividades sociales fuera de tu hogar?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7. ¿Te sientes frustrado?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante



**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
**Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery**  
**Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery**

**Cuestionario de Inventario de la Enfermedad del Suelo Pélvico - 20**

Por favor responda todas las preguntas en la siguiente encuesta. Las preguntas le preguntarán si tiene ciertos síntomas en el intestino, la vejiga o la pelvis, y si hace cuánto le molestan. Responda cada pregunta poniendo una X en la casilla o casillas apropiadas. Si no está seguro de cómo responder, responda lo mejor que pueda.

**Si la respuesta es afirmativa** ¿Cuánto le molesta?

		<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>
1. ¿Con frecuencia siente presión en la parte inferior del abdomen?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con frecuencia siente pesadez o pereza en la parte inferior del abdomen?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con frecuencia tiene un bulto o algo sobresaliendo que usted puede ver o sentir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Con frecuencia tiene que presionar sobre la vagina o alrededor de la zona del recto para tener una evacuación intestinal completa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con frecuencia siente una sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez tiene que presionar sobre la zona vaginal con sus dedos para comenzar o completar el proceso de orinar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Siente que tiene que esforzarse demasiado para tener un movimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Siente que no ha vaciado totalmente sus intestinos al finalizar un movimiento intestinal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez tiene pérdida de heces de manera involuntaria si sus heces se encuentran bien formadas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Andrey Petrikovets, MD, FACOG**  
**Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery**  
**Advanced Minimally Invasive Gynecologic Surgery**

**Si la respuesta es afirmativa** ¿Cuánto le molesta?

		<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>
10. ¿Con frecuencia tiene pérdida de heces de manera involuntaria si sus heces son blandas o líquidas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Con frecuencia pierde gases del recto de manera involuntaria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Con frecuencia tiene dolor al defecar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Siente un fuerte sentido de urgencia y tiene que apurarse para ir al baño cuando va a tener un movimiento intestinal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Parte de sus heces alguna vez pasan a través del recto y sobresalen hacia afuera durante o después de un movimiento intestinal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿En general sufre de necesidad de orinar con frecuencia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Con frecuencia sufre de pérdida urinaria asociada con un sentimiento de urgencia, es decir, una fuerte sensación o necesidad de ir al baño?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Con frecuencia sufre de pérdida urinaria relacionada al reír, toser o estornudar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Con frecuencia sufre una pequeña pérdida urinaria (es decir algunas gotas)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Con frecuencia tiene dificultad para vaciar su vejiga?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Con frecuencia tiene dolor o malestar en el abdomen inferior o en la zona genital?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>