

¿Eres sexualmente activa? Sí No

Si no, se gustaría serlo? Sí No

¿Algún dolor actual o anterior con las relaciones sexuales? Sí No

Cualquier Vaginal: Dolor Sequedad Picazón Cambios en la piel

¿Algún reemplazo hormonal (vaginal o de todo el cuerpo)? _____

¿Con qué frecuencia suele defecar? ____/Día. ____/Semana ____/Mes

Es su materia fecal: Suelta Suave Formada Dura

¿Alguna urgencia fecal o episodios de incontinencia fecal? ____/Día ____/Semana ____/Mes

¿Algún problema neurológico?

CVA Sí No Demencia Sí No

AIT Sí No Parkinson Sí No

Accidente cerebrovascular Sí No Esclerosis múltiple Sí No

Lesión en la cabeza Sí No Ansiedad Sí No

Cirugía de espalda Sí No Depresión Sí No

Problemas de columna vertebral Sí No Bipolar Sí No

Problemas de memoria Sí No

¿Alguna vez has visto o se han dicho que tienes sangre en la orina? Sí No

¿Algún cálculo renal previo? Sí No

Aprobado por sí solo ESWL (onda de choque) Ureteroscopia Stent ureteral PCNL

¿Algún problema con infecciones del tracto urinario/infecciones de la vejiga? Sí No

Cuántas en los últimos 12 meses: _____

Cualquier problema pediátrico con: micción incontinencia estreñimiento UTI

¿Es diabético? Sí No

¿Último valor de HGA1C? _____

Cualquier historial de o actual: cáncer radiación uso de esteroides anticoagulantes

¿Fumador actual o anterior? Sí No

¿Por cuantos años? _____

¿Número máximo de paquetes/día? _____

¿Alguna exposición química significativa? _____

¿Algún otro problema de salud importante? _____