**Iris Obstetrics and Gynecology**   
**Registration Slip**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Corrida\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Número de telefone de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de telefone celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Idade\_\_\_\_\_ Data de nascimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segurança social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do cônjuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segurança social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data de nascimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de telefone do cônjuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do pai se menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ocupação dos pacientes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Empregado por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da farmácia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de telefone da farmácia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Endereço farmácia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de cuidados primários:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço dos médicos primários:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguro médico**  
Primário: nome do seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do segurado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Secundário: nome do seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do segurado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 **Parente não viver em sua casa quem pode entrar em contato em caso de emergência**  
Nome:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Número de telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Teste ordenado**:  
\_\_\_\_\_(int.) eu entendo que o meu fornecedor de obstetrícia e Ginecologia associados da Central Florida, L LC pode encomendar serviços adicionais. (exemplo: trabalho de sangue, ultra-som, mamografia, etc.) e é minha total responsabilidade de verificar com o meu seguro sobre a cobertura antes de ter teste realizado, Iris Obstetrícia e Ginecologia , LLC não é responsável por quaisquer serviços não cobertos.  
**Acordo financeiro e autorização para tratamento:**  
\_\_\_\_\_(int.) eu autorizo o tratamento da pessoa nomeada acima e acordo pagar todas as taxas encargos para tal tratamento. Eu concordo em pagar todas as taxas para mim e os membros da minha família mostrado por declarações, prontamente após a apresentação do mesmo, a menos que as disposições prévias foram feitas por escrito antes da data de faturamento.É acordado que os pagamentos não serão adiados ou retidos por causa de qualquer cobertura de seguro ou pendência de sinistros, e os rendimentos do seguro são atribuídos a este escritório, quando aplicável, mas sem assumir a responsabilidade da cobrança.  
**Atribuições de benefícios**:  
\_\_\_\_\_(int.) eu autorizo a obstetrícia e Ginecologia associados da Central Florida, LLC para liberar a minha companhia de seguros ou representante de ti qualquer informação, incluindo o diagnóstico e os registros de qualquer tratamento ou exame prestados a mim durante um (1 ) data do formulário do ano assinado de tais cuidados cirúrgicos ou médicos. Eu também autorizar e solicitara minha com panhia de seguros para pagar diretamente para os médicos acima nomeado o montante devido a mim no meu pedido de base medica, Major médico e/ou tratamento cirúrgico ou serviços, por razão de tal tratamento ou serviços prestados a:  
\_\_\_\_\_(int.) eu concordo que Iris Obstetrícia e Ginecologia, LLC pode solicitar e usar o meu histórico médico de prescrição de outros provedores de saúde ou de terceiros pagadores benefício farmácia para fins de tratamento.  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Por favor, imprima o nome) (Assinatura)

Data de hoje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você é alérgico a látex: Sim ou Não  
Listar todas as alergias à medicação: Alergias alimentares (marisco/amendoim/etc)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Liste todos os medicamentos que você toma (Incluindo sobre os medicamentos sem prescricao).  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1 Último período menstrual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
2 Idade da menopausa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
3 Idade do primeiro período menstrual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
4 Que idade você se tornou sexualmente ativa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
5 Último Papanicolau? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
6 História do Papanicolau anormal? **Sim ou Não** **Tipo**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
7 Data da última mamografia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
8 Data da última densidade óssea? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
9 Data da última colonoscopia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
10 Número total de parceiros vitalícios? **Menos de 5 5 ou mais**  
11 Você é sexualmente ativa atualmente? **Sim ou Não**  
12 Você já foi diagnosticado com uma  **Sim ou Não**  
 doença sexualmente transmissível? **Gonorreia - Clamydia - Tricomonas - Sifilis – HPV**  
13 Você está tentando engravidar?  **Sim ou Não**  
14 Você está em um relacionamento?  **Sim ou Não**  
15 Qual é a sua forma de controle de natalidade?  
 **NADA - CAMISINHA - PASTILHA ANTICONUEPTIVA - DIU - HISTERECTOMIA – OUTRO**  
16 Idade quando você entregou o seu primeiro filho? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
17 Número total de gestações? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_Cesarea \_\_\_\_\_Parto \_\_\_\_\_Aborto Espontaneo Con Dilatacao e Curetagem \_\_\_\_\_Ectopico  
 \_\_\_\_\_Aborto Espontaneo Sem Dilatacao e Curetagem \_\_\_\_\_Aborto \_\_\_\_\_ Numerude Criancas

Alguém em sua família próxima tem as seguintes condições? Relativo:

1. Doença cardíaca ou acidente vascular cerebral: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Pressão arterial elevada: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Diabetes: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Câncer: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Câncer de mama: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Câncer uterino: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Câncer de ovário: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Câncer de intestino: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Outras doenças graves: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Distúrbios de coagulação sanguínea: Sim ou Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Tipo de dieta? **Regular Vegetariano Vegan Cardíaca Diabético**
12. Cigarros de fumo? Sim ou Não
13. Pacotes por dia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Ex-fumador? Sim ou Não
15. Beber álcool? Sim ou Não  
    Bebidas por dia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por semana?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
16. Uso de drogas ilegais? Sim ou Não
17. Bebidas cafeinadas? Sim ou Não
18. Você exercita regularmente? Sim ou Não
19. Uso do cinto de segurança? Sim ou Não
20. Você trabalha fora da casa? Sim ou Não
21. Qual é o seu mais alto nível de educação? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
22. Que tipo de trabalho você faz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
23. Qual é a sua afiliação religiosa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
24. Em uma situação de emergência voce aceitaria um transfusao de sangue? Sim ou Não
25. História da violência doméstica Sim ou Não
26. Estado civil? **Solteira Casada Divorciada Viúva Parceira**

Circule todos os procedimentos feitos no colo do útero? **Colposcopia LEEP/LLETZ Cryo LOOP Conizacao**  
Já fez a seguinte biópsia? Se sim, círculo **Endometrio BX** **Vulva BX**  
  
Listar todas e todas as cirurgias que você teve e as datas aproximadas da cirurgia  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você foi diagnosticado com alguma das seguintes condições? Por favor, circule tudo o que se aplica.  
**Câncer** **Doenças infecciosas**   
Câncer de mama ou teste BRCA Catapora  
Câncer de ovário HIV  
Câncer uterino (endométrio) MRSA  
Câncer de intestino Febre reumática  
Câncer de pele Tuberculose (TB)/PPD Positivo  
Câncer cervical Doença incomun da infância  
Outro cancro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cardíaca-coracão** **Neurologia-problemas nervosos**  
Batimentos cardíacos irregulares Cabeça ou Enxaquecas  
Doença cardíaca Perda de memória or Demência  
Pressão arterial elevada/Colesterol Neuropatia ou Dor do nervo  
Sopro do coração Convulsões ou Epilepsia  
Ataque cardíaco/Curso Esclerose múltipla   
Outrod:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dermatologia — Pele** **Ortopédicos**  
Acne Dor nas costas cronica  
Eczema or Psoriase Doença articular degenerativa  
Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fraturas ou ossos quebrados  
 Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nariz da orelha or Garganta - ENT** **Hematologia — Distúrbios sanguíneos**  
Perda auditiva Anemia — Baixa contagem de sangue  
Alergias de estacoles Distúrbio hemorrágico  
 Distúrbio de coagulação sanguínea  
**Endocrinologia** Transfusão de sangue  
Diabetes Trombose venosa profunda (DVT)  
Diabetes gestacional (Durante a gestacao) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Corrimento do mamilo  
Perda óssea (Osteoporosie) **Psiquiátrico**  
Resistência à insulina Transtorno de déficit de atenção (ADD)  
Hipertireoidismo Transtorno de ansiedade  
Hipotireoidismo Doença bipolar  
Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Depressão  
 Distúrbio alimentar  
**Olhos** Síndrome pré-menstrual or PMDD  
Catarata Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Glaucoma   
Perda de visão (Macular Degeneration) **Pulmonar**  
 Asma  
**Gastrointestinal(GI)** COPD ou Enfisema  
Pólipos do intestino Alergias sazonais  
Crohn’s or Colite ulcerativa Apnéia do sono   
Doença da vesícula biliar Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Hemorróidas  
Síndrome do intestino irritável (IBS) **Reumatologia**  
Doença hepática or Hepatitis Artrite (Osteo ou Rhematoid)  
Úlceras estomacais — Refluxo(GERD) Desordem auto-imune or Lúpus  
Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fibromialgia or Dor crônica  
 Síndrome do pé inquieto  
**Ginecologia** Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Displasia  
Endometriose **Urologistay**  
Miomas Freqüentes infecções urinarias  
Infertilidade Infeccoes de bexiga  
Ovarios Poliquisticos Sangue na urina (Hematuria)   
Hemorragia vaginal anormal Cistite intersticial  
Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doença renal  
 Pedras nos rins  
Vascular Incontinência urinária  
Aneurisma Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente Data  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura do provedor Data

**Autorizacao Para Exame Pelvico**

De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists, o exame pélvico faz parte da avaliação de mulheres que apresentam muitas condições comuns, incluindo dor pélvica, sangramento anormal, corrimento vaginal e problemas sexuais. Os exames pélvicos — tanto no consultório quanto na anestesia, também são uma parte importante da avaliação dos procedimentos ginecológicos para garantir a conclusão segura do procedimento planejado. Muitas vezes, um exame pélvico é realizado para mulheres sem sintomas enquanto investigamos câncer ginecológico, infecção e doença inflamatória pélvica.

Um exame pélvico é uma avaliação da genitália externa; exame de espéculo interno da vagina e do colo do útero; palpação bimanual da adnexa, útero e bexiga; e às vezes exame retovaginal.

As razões para um exame pélvico podem incluir (mas não se limitam a) exame de rotina, sangramento anormal, dor pélvica, problemas sexuais, protuberância vaginal, problemas urinários ou incapacidade de inserir um absorvente. Outras indicações incluem pacientes submetidas a um procedimento pélvico (por exemplo, biópsia endometrial ou colocação de dispositivo intrauterino). Além disso, o exame pélvico é indicado em mulheres com histórico atual ou histórico de resultados de papa nicolau anormais, cânceres ginecológicos ou exposições tóxicas.

Os benefícios potenciais de um exame pélvico incluem a detecção de cânceres e pré-cânceres navulva, vaginal, cervical, uterino e ovariano, vaginose leveira e bacteriana, tricomonas e herpes genital, detecção precoce de condições ginecológicas tratáveis antes que os sintomas comecem a ocorrer (por exemplo, câncer da vulva ou vaginal), bem como achados incidentais como alterações dermatológicas e corpos estranhos. Além disso, a triagem de exames pélvicos no contexto de uma visita de uma mulher bem pode permitir que os ginecologistas expliquem a anatomia de um paciente, a tranquilizem da normalidade e respondam suas perguntas específicas.

Os riscos potenciais de um exame pélvico podem incluir (mas não se limitam a) medo, ansiedade, constrangimento (os relatos variaram de 10% a 80% das mulheres) ou dor e desconforto (de II % a 60%).

Há poucas alternativas ao exame pélvico, as alternativas não são tão eficazes para fornecer informações diagnósticas ou avaliativas e carregam seu próprio conjunto de riscos potenciais. Se você tem preocupações, você deve discutir com o seu provedor de saúde.

I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Entendo que preciso assinar este formulário para mostrar que estou tomando uma decisão informada de fazer exames pélvicos e li e entendi o acima.

O provedor me explicou a natureza, o propósito e as possíveis consequências de cada procedimento, bem como os riscos envolvidos, possíveis complicações e possíveis métodos alternativos de tratamento. Também sei que as informações dadas a mim não listam todos os riscos possíveis e que outros problemas menos prováveis poderiam ocorrer. Não me foi dada nenhuma garantia de ninguém sobre os resultados finais deste procedimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura Data

**Iris Obstetrics and Gynecology**

**Consentimento Para Ligar**

Ao enviar chamadas e mensagens de texto artificiais, pré-gravadas ou automatizadas, o recebimento de consentimento prévio por escrito elou oral é exigido pela nossa prática. Ao assinar abaixo, você consente que a Iris Obstetrics and Gynecology envie chamadas/mensagens de texto/e-mails artificiais, gravados ou automatizados para você, a paciente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente Data

Se você NÃO deseja receber chamadas/mensagens de texto/e-mails artificiais, gravados ou automatizados, assine abaixo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente Data

**Iris Obstetrics and Gynecology**

**Consentimento para Tratamento**

Solicito aos médicos e outros profissionais de saúde que cuidam de mim na Iris Obstetrics and Gynecology que realizem/solicitem procedimentos laboratoriais/diagnósticos apropriados e forneçam tratamentos terapêuticos que, na opinião dos meus médicos ou outros profissionais de saúde, sejam clinicamente necessários durante o meu tratamento médico de cuidados preventivos. Também entendo que é política desta prática realizar testes de urina em pacientes quando apropriado, incluindo testes de urina para gravidez em todas as pacientes em idade fértil, a menos que tenham sido submetidas a uma histerectomia completa.

Estou ciente de que a prática da medicina e da cirurgia não é uma ciência exata e reconheço que nenhuma garantia foi feita ou será feita a mim quanto aos resultados de quaisquer serviços professionais que possam ser recebidos por mim como paciente da Iris Obstetrics and Gynecology, ou seja, tratamentos, exames, procedimentos, etc. Caso eu seja submetido a algum procedimento que exija a submissão de tecido para exame anatomopatológico, autorizo a utilização do excesso de tecido para fins educacionais.

Autorizo a comunicação telefônica, audiovisual síncrona ou digital com meus médicos e outros profissionais de saúde da Iris Obstetrics and Gynecology como alternativa à visita presencial para fornecer cuidados ou tratamento.

**Certifico que li este formulário e compreendi seu conteúdo.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data

**Iris Obstetrics and Gynecology**

**Autorização para Médico**  
**Liberação de informações**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dou permissão para que a(s) pessoa(s) listada(s) abaixo me acompanhe(m) na sala de exames, retire QUALQUER prontuário médico em meu nome e fale com qualquer funcionário por telefone, com pleno conhecimento de que todo e qualquer histórico médico passado e presente poderá ser divulgado. Este consentimento para permissão fica ativo por um ano. Quaisquer alterações a este consentimento deverão ser submetidas por escrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Eu aceito (se você marcou aceitar, preencha os nomes abaixo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eu recuso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome Completo Relacionamento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome Completo Relacionamento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nome Completo Relacionamento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente Data

**Iris Obstetrics and Gynecology**  
**1811 Lucerne Terrace**   
**Orlando, FL 32806**   
**407-985-3007**   
**Fax: 407-601-5853**

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Por este meio, reconheço que recebi e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o aviso de práticas de privacidade citados acima.  
   
Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Imprimir o nome do paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_