

Urologic Specialists

Forma Historial Del Paciente

Dia de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Dia de Nacimiento: _____ Edad: _____

Doctor Primario: _____ Doctor Refiriendo: _____

Cual es su Farmacia? (Nombre, Localizacion, y Numero de telefono): _____

Tenemos permiso de transferir la lista de sus medicamentos de su farmcia a nuestra clinica? Si ___ No ___

Vive en un Centro de Movilidad? Si es asi cual es el nombre, localizacion y numero de telefono?: _____

Razón De La Visita: _____

(Queja Principal)

Historial Medico:

(circle all personal medical problems)

Presion Alta	S	N	Cancer	S	N
Diabetes	S	N	Enfermedad Gastrointestinal	S	N
Enfermedad del Corazón	S	N	Enfermedad Ocular	S	N
Ataque al Corazón	S	N	Cataratas	S	N
Latido Irregular del Corazón	S	N	Problemas de la Piel	S	N
Ataque Fulminante	S	N	Problemss Psicológicos	S	N
Artritis /Conyuntura	S	N	Artritis de Gota	S	N
Enfermedad del Hígado	S	N	Tiroides	S	N
Enfermedad de los Pulmónes	S	N	Ginecologico	S	N

OTRA Historial Médico: _____

¿Alguna vez ha sido tratado por algún tipo de cáncer? S ___ N ___

Si es así, ¿de qué tipo y cuándo? _____

Alergias (medicamentos, contraste, látex...): _____

¿Alguna vez ha estado expuesto o a trabajado con productos químicos durante un largo período de tiempo ? S ___ N ___

Si es si, ¿de qué tipo? _____

Medicamentos:

(proporcione una copia de su lista de medicamentos o escriba a continuación todos los medicamentos y sus dosis, incluidos ambos medicamentos recetados y de venta libre, por ejemplo, Aspirina, Advil, antihistamínicos, hierbas, suplementos ...)

¿Te has vacunado contra la neumonía? SI NO Fecha de la vacuna: _____

Historial de Cirugias:

(Liste todas las cirugías y las fechas de la cirugía, por ejemplo, hernia, vesícula biliar, intestino, corazón, articulaciones, vasectomía, histerectomía, angioplastia, tipo de biopsias, vejiga, próstata, útero, ovarios.)

¿Alguna ves te han hecho la colonoscopia? SI NO Fecha de ultima colonoscopia: _____

Historial Familiar: (Liste todos los problemas médicos en su familia inmediata -Padres,hijos,abuelos,hermanos)

¿Alguien en tu familia ha tenido?(círcule):Cancer de Prostata? Cancer en la Vejiga?

Cancer en los Riñones? Si si, quien? _____

POR FAVOR ACOMPLETE LA PARTE DE ATRAS

HISTORIAL SOCIAL: Casado/a ____ Soltero/a ____ Divorciado/a ____ Viudo/a ____ Separado/a ____

Ocupacion Pasada o presente: _____ Jubilado? S ____ N ____

Usted fuma ahoirta? S ____ N ____ Cuanto por dia? _____

Alguna ves a fumado? S ____ N ____ Cuando dejo de fumar? _____

Por cuanto tiempo a(has) fumado? _____

Toma alcohol? S ____ N ____

Cuanto por dia? _____ Por semana? _____ Por mes? _____

A tenido una transfusión de sangre? _____

Idioma Preferido? _____ País de Origen? _____

¿Actualmente ve a otros especialistas?(ejemplo; cardiologo, gastroenterólogo etc?) S ____ N ____

Si es así, quien? _____

Revisó de sistemas

(¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? En caso afirmativo, explique a la derecha.)

Constitucional:

Fiebre S ____ N ____

Resfriado S ____ N ____

Pérdida de peso S ____ N ____

Aumento de peso S ____ N ____

Ojos:

Cataratas S ____ N ____

Visión borrosa S ____ N ____

Visión doble S ____ N ____

Oreja/Nariz/Garganta:

Pérdida del oido S ____ N ____

Congestión nasal S ____ N ____

Dolor de garganta S ____ N ____

Cardiovascular:

Corazón irregular S ____ N ____

Dolor de pecho S ____ N ____

Ataque al corazón S ____ N ____

Soplo cardíaco S ____ N ____

Hipertensión S ____ N ____

Tobillos hinchados S ____ N ____

Respiratorio:

Falta de respiración S ____ N ____

Respiración ruidosa S ____ N ____

Enfisema S ____ N ____

Tos crónica S ____ N ____

Genitourinario:

Incontinencia S ____ N ____

Dolor al orinar S ____ N ____

Sangre en la orina S ____ N ____

Piel:

Sarpullido S ____ N ____

Picazón persistente S ____ N ____

Cáncer de piel S ____ N ____

Neurologico:

Derrame Cerebral S ____ N ____

Mareo S ____ N ____

Debilidad S ____ N ____

Entumecimiento S ____ N ____

Hormigueo S ____ N ____

Hematológica:

Anemia S ____ N ____

Sangrado anormal S ____ N ____

Glándulas inflamadas S ____ N ____

Transfusión de sangre S ____ N ____

Gastrointestinal:

Dolor abdominal S ____ N ____

Úlceras estomacales S ____ N ____

Reflujo S ____ N ____

Ictericia S ____ N ____

Náuseas / vómitos S ____ N ____

Cambio intestinal S ____ N ____

Musculoesquelético:

Artritis S ____ N ____

Dolor de espalda S ____ N ____

Dolor de cuello S ____ N ____

Músculos adoloridos S ____ N ____

Por favor ponga sus iniciales aquí: _____