

Urologic Specialists

10901 East 48th Street South
Tulsa, Ok 74146
918.749.8765 Fax 918.392.2155

Forma Historial Del Paciente

Porfavor de completar

Dia de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Dia de Nacimiento: _____ Edad

Doctor Primario: _____ Doctor Refiriendo: _____

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, ir ambos medicamentos recetados y de venta libre, por ejemplo, Aspirina, Advil, antihistamínicos, hierbas, suplementos)

Historial de Cirugías:

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

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

Urologic Specialists

Nombre del Paciente: _____ Dia de Nacimiento: _____
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 deajo de fumar? _____
 Por quanto 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: _____