

Urologic Specialists

PATIENT HISTORY FORM

Por favor complete completamente

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Años: _____

Medico de atencion primaria: _____

Medico remiente: _____

Jefe de Queja (motivo de visita): _____

Historial Medico del Paciente:

(encierra en un circulo todos los problemas medicos personales)

Artritis/Enfermedad Articular	Y	N	Problemas de corazon	Y	N
Problemas de sangrado	Y	N	Nefropatia	Y	N
Cancer	Y	N	Pulmon (problemas resiratorios)	Y	N
Diabetes	Y	N	Problems neurologicos y de desarrollo	Y	N
Infecciones frecuentes	Y	N			

En caso afirmativo, expliquelo porfavor:

Otro: _____

Actualmente ve a otros medico especiales? (e.g. cardiologist, gastroenterologist, etc?) **Y N**

En caso afirmativo, Quien y por que? _____

Historial quirurgico pasado: (Enumerar todas las cirugias y fechas de cirugia)

Fecha	Tipo/Congelacion	Cirujano/Medico	Hospital

Medicamentos:

(Proporcione una copia de su lista de medicamentos o escriba a continuacion todos los medicamentos y sus dosis, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre.)

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

como ha tenido una reaccion el paciente al radiografia de yodo? **___ YES ___ NO**

En caso afirmativo, que tipo de reaccion? _____

Historia Familiar:

(Tenga en cuenta la familia inmediata (Padres, Hermanos y Abuelos) & Maternal (M) or Paternal (P) cuando sea apropiado)

Artritis: _____

Enfermedad renal o calculos: _____

Cancer: _____

Enfermedad Pulmonar: _____

Diabetes: _____

Problemas Neurologicos: _____

Cardiopatía: _____

Strokes: _____

Hipertension: _____

Tuberculosis: _____

OTRO: _____

Por favor complete el reverso de este formulario

Urologic Specialists

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Desarrollo de Nacimiento & Historia Social:

Fue la paciente ternimo completo al nacer? ____ Si ____ No

Hubo alguna complicacion durante el embarazo l el nacimiento del nino? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, expliquelo porfavor _____

Cual fue el peso al nacer de las/los pacientes? _____

Cuanta bebidas con cafeina toma el paciente cada dia? _____

La/El paciente esta al dia con las vacuna infantiles? ____ Si ____ No

Hal tenido la/el paciente una transusion de sangre? ____ Si ____ No

Alguna vez le han realizado radiograffias al paciente? ____ Si ____ No

Revison de Sintomas: (La/El paciente tiene algun sintoma?)

Constitutional:

Fiebre Y ____ N ____

Resfriado Y ____ N ____

Crecimiento anormal Y ____ N ____

Desarrollo anormal Y ____ N ____

Ojos:

Vision Borrosa Y ____ N ____

Rojos Y ____ N ____

Dolor Y ____ N ____

Oreja/Nariz/Garganta/Boca:

Infecciones del Oido Y ____ N ____

Dolor de Gargantat Y ____ N ____

Problemas Sinusales Y ____ N ____

Alergias:

Fiebre de Heno Y ____ N ____

alergias a Medicamentos Y ____ N ____

alergias de los Alimentos Y ____ N ____

Respiratorio:

Falta de Aliento Y ____ N ____

Jadeo Y ____ N ____

Tos cronica Y ____ N ____

Gastrointestinal:

Dolor Abdominal Y ____ N ____

Estrenimiento Y ____ N ____

Nauseas/Vomitos Y ____ N ____

Musculoesuqueletico:

Dolor en las Articulaciones Y ____ N ____

Dolor de Espalda Cronico Y ____ N ____

Calambres Musculares Y ____ N ____

Rinon/Vejiga:

Sangre el la Orina Y ____ N ____

Ardor al Orinar Y ____ N ____

Miccion frecuente Y ____ N ____

Corriente debil, que gotea o problemas para iniciar una corriente? Y ____ N ____

Mojar la cama por la noche? Y ____ N ____

Mojar la ropa durante el dia? Y ____ N ____

Perdida de orina si el/ella no llega al bano inmediatamente? Y ____ N ____

Anecedentes de infecciones de tracto urinario? Y ____ N ____

Peil:

Erupcion Y ____ N ____

Picazon persistente Y ____ N ____

Moretones con facilidad Y ____ N ____

Neurologico:

Convulsiones Y ____ N ____

Caminar anormal Y ____ N ____

Coordination anormal Y ____ N ____

Cardiovascular:

Soplo cardiaco Y ____ N ____

Hypertension Y ____ N ____

Hematologico:

Anemia Y ____ N ____

Sangrando anormal Y ____ N ____

Glandulas inflamadas Y ____ N ____

Prostva Y ____ N ____

Pecho Y ____ N ____

Other Y ____ N ____

Sistema hormonal:

Sed excesica Y ____ N ____

Cansado/Lento Y ____ N ____

Crecimiento anormal del cabello Y ____ N ____

Sangre/Glandulas Linfaticas:

Glandulas inflamadas Y ____ N ____

Coagulacion de la sangre Y ____ N ____

En caso afirmativo, explicar:

OTHER: _____