

Urologic Specialists

PATIENT HISTORY FORM

Por favor complete completamente

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Anos: _____

Medico de atencion primaria: _____ Medico remiente: _____

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

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

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 término completo al nacer? Si No

Hubo alguna complicación durante el embarazo o el nacimiento del niño? Si No

En caso afirmativo, explíquelo por favor _____

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

Cuántas bebidas con cafeína toma el paciente cada día? _____

La/El paciente está al día con las vacunas infantiles? Si No

¿Ha tenido la/el paciente una transfusión de sangre? Si No

Alguna vez le han realizado radiografías al paciente? Si No

Revisión de Síntomas: (La/El paciente tiene algún síntoma?)

Constitucional:

Fiebre Y N

Resfriado Y N

Crecimiento anormal Y N

Desarrollo anormal Y N

Ojos:

Visión Borrosa Y N

Rojos Y N

Dolor Y N

Oreja/Nariz/Garganta/Boca:

Infecciones del Oído Y N

Dolor de Garganta 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 crónica Y N

Gastrointestinal:

Dolor Abdominal Y N

Estreñimiento Y N

Náuseas/Vómitos Y N

Musculoesquelético:

Dolor en las Articulaciones Y N

Dolor de Espalda Crónico Y N

Calambres Musculares Y N

Riñón/Vejiga:

Sangre en la Orina Y N

Ardor al Orinar Y N

Micción frecuente Y N

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

Mojar la cama por la noche? Y N

Mojar la ropa durante el día? Y N

Perdida de orina si él/ella no llega al baño inmediatamente? Y N

Peel:

Erupción Y N

Picazón persistente Y N

Moretones con facilidad Y N

Neurológico:

Convulsiones Y N

Caminar anormal Y N

Coordinación anormal Y N

Cardiovascular:

Soplo cardíaco Y N

Hipertensión Y N

Hematológico:

Anemia Y N

Sangrado anormal Y N

Glandulas inflamadas Y N

Próstata Y N

Pecho Y N

Other Y N

Sistema hormonal:

Sed excesiva Y N

Cansado/Lento Y N

Crecimiento anormal del cabello

Sangre/Glandulas Linfáticas: Y N

Glandulas inflamadas Y N

Coagulación de la sangre Y N

Anecedentes de infecciones de tracto urinario?

Y ____ N ____

En caso afirmativo, explicar: _____

OTHER: _____