

HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha _____

Informacion contenida aqui no va a ser divulgada a nadie que no este autorizado

QUEJA PRINCIPAL: Que sintomas esta experimentando que inicio su visita hoy, (fatiga, perdida de peso, dolor, sangrado etc.)

Historia de Enfermedad Presente

Localizacion del problema

Frente Atras



En una escala del 1 al 10 siendo el mas severo, circule el numero que mejor describe la severidad del problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quando noto el problema por primera vez?

2 días 2 semanas 1 mes

Otros _____

Hay algo que ayuda o hace el problema peor?

Moviendose Parado Acostado de lado

Otros _____

Hay otra cosa ocurriendo al mismo tiempo?

Si No Si es SI, favor explicar

Vomito Erupcion Dolor de Cabeza Perdida de peso
Diarrea Fiebre Sangrado Aumento de peso

Otros _____

Cuanto tiempo dura el problema?

30 Minutos 1 Hora Siempre esta alli

Otros _____

Es el problema constante o variante?

Agudo Siempre Agudo Siempre Alli

Otros _____

Interfiere el problema en su funcion normal?

Si No Si es SI, favor explicar

Pasado Medico de la Familia y la Historia Social

Enfermedades graves que pueden correr en su familia: Cancer Familiar de Prostata, Calculos Renales, Enfermedades Renales, Diabetis, Cancer, Fibrosis Cistica.

Mama _____ Hermano _____ Otros _____

Papa _____ Hermana _____ Otros _____

Liste alguna enfermedad pasada personal, cuando ellas ocurrieron.

Enfermedad o Cirugia: Fecha:

Liste los problemas medicos, pasados y significativos.

Enfermedad Cardiaca Hipertension Enfermedad del Corazon

Diabetis Hepatitis La Gota

Problemas de Sangrado Golpe Intestinos irritados

Asma/Enfisema T.B. Tiroides

VIH Cancer _____ Otras _____

HISTORIA Social

Estado Civil: Soltero Casado VIUDO/VIUDA Divorciado Separado

Fuma o ha Fumado? Si No Si es Si cuando fue la ultima vez? Fecha: _____

Cuanto Cerveza, Vino o Alcohol usted toma por semana _____ Drogas recreativas Si No

Que clase de trabajo hace o hacia? _____

Expuesto a Quimicos, Toxinas, Humo, Radiacion o calor excesivo (Regular uso de jacuzzi, Sauna, Whirlpool)? _____

Cuanto Bebe de Cafe, Te o Te Helado, Bebidas con cafeina? _____ Cuanto Bebe de Agua? _____

Come Mucho picante, Encurtido o Alimento Acido? Si No

Masculino

Fecha del last PSA _____

El ultimo examen de prostata _____

Prostata ampliada Si No

Dolor Testicular o Ampliacion Si No

Femenino

Edad del primer periodo _____ Edad del ultimo periodo _____

Numero de Embarazos _____ Edad del primer Embarazo _____ Numero de Nacimientos Vivos _____

Fecha de la ultima Mamografia _____ Last PAP _____

A tenido cuidado de la natalidad / Estrogeno Si No

La Revision de Sistemas

Tiene o tuvo problemas relacionados con los sistemas siguientes - circule **Si No**

Sintomas constitucional

Fiebre	Si	No
Frios	Si	No
Dolor de Cabeza	Si	No
Cambio de Apetito, peso, o Energia	Si	No
Otro _____		

Neurologico

Temblores	Si	No
Mareo	Si	No
Entumecimiento, sintiendo Hormigueo	Si	No
Tomas		
Otro _____		

Endocrino

Sed excesiva	Si	No
Demasiado caliente o frio	Si	No
Cansado/Lento	Si	No
Otro _____		

Gastrointestinal

Dolor Abdominal	Si	No
Nausea/Vomitando	Si	No
Indigestion Acidez	Si	No
Tamano de taburete cambio, forma, color	Si	No
Dolor para Tragar	Si	No
Otro _____		

Cardiovascular

Dolor de Pecho	Si	No
Corazon Rapido	Si	No
Alta Presion	Si	No
Otro _____		

Intergumentary

Erupcion de la piel	Si	No
Capsulas	Si	No
Persistente picazon	Si	No
Otro _____		

Musculoskeletal

Dolor de cuello	Si	No
Coyuntura	Si	No
Dolor de Espalda	Si	No
Dolor de huesos	Si	No
Otro _____		

Respiratorio

Respirando	Si	No
Frecuente tos	Si	No
Falta de Aliento	Si	No
Otro _____		

Hematologia/Linfatico

Glandulas Hinchada	Si	No
Problema de coagulacion de sangre	Si	No
Sangre Previa Tranfucion	Si	No
Otro -----		
Otro _____		

Psicologico

Esta usted generalmente satisfecho con su vida	Si	No
Se Siente Severamente Deprimido	Si	No
Ha considerado el Suicidio	Si	No
Otro _____		

CUALQUIER OTRO TIPO DE PROBLEMA DE UROLOGIA (Verifica esos que aplican)

- Frecuencia Urinaria _____ Cuantas horas puede estar usted sin orinar? _____ Horas. Cuantas veces orina en 24 horas? _____ al dia
- Nocturia - Acerca de cuantas veces le hace salir de la cama para orinar mientras duerme? 0 1-2 3-4 +5
- Incontinencia _____ Le hace utilizar ropa interior de almohadilla, cambiarse durante el dia? _____ Cuantas veces _____ al dia
- Disminuye el flujo _____ Retencion o la sensacion de vacio completo _____
- Anuncie gotear de vacio _____ Vacilacion _____ Dejar caer la vesicula _____
- Dolor Urinario de Ardor _____ Frecuente Infeccion Urinaria _____ Sangre en la Orina _____
- Problemas Sexuales _____ Enfermedades de transmision sexual _____ Impotencia _____
- Calculos Renales _____ Problemas de Prostata _____ Otro _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____