

UROMEDIX

PROVIDING UROLOGIC CARE & SURGERY
A Division of 21st Century Oncology, LLC

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 _____		

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____