

Ha tomado productos que contengan aspirina dentro estas ultimas 2 semanas? No Sí

Ha tomado esteroides o drogas tipo cortisone durante el ultimo año? No Sí

Por favor marquee (v) en la caja apropiada para cada organo indicado. Describa el problema y el tipo de cirugía. Describa el problema y el tipo de cirugía.

Historia medica:

Sí No Sí a tenido cirugía Por favor describe la cirugía
por favor marquee

	Sí	No	Sí a tenido cirugía por favor marquee	Por favor describe la cirugía
Cardiovascular (Corazon,circulatorio, aneurisma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulmonar (pulmones, toz, falta de respiracion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinal(estomago/ulcera/dolor de estomago, náusea/vómito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riñones/genitourinario(riñones/vejia) (cambios en la orina, sangre en la orina,pérdida de orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurológico (mareo,adormecido, ataque de apoplejía, convulsions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrinólogo(diabetes/tiróide, paratiródes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hematologico (hinchazón de las glandulas,coagulación de la sangre, moretones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoesqueletal/Tejido conjuntivo (debilidad muscular, dolor de los hueso, ciática,dolor muscular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia/Inmunología /Dermatología (rozado de la piel/ampollas/comezon persistente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psiquiátrico (depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIH /Hepatitis B/ Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Alguna vez ha estado hospitalizado? _____ Si, su respuestas es sí. Por favor escribe los (las) razones con la fecha(s) _____

Historial de Cirugía

Ha tenido alguna cirugía? _____. Si su respuesta es sí, por favor escribe las cirugías que a tenido con las fechas.

HISTORIAL DE FAMILIA:

Padre: Vivo (Edad ____) Difunto(Edad ____) Desconocido Causa de Muerte: _____ Desconocido

Madrer: Viva (Edad ____) Difunta (Edad ____) Desconocido Causa de Muerte: _____ Desconocido

Enfermedas que corren en su familia : _____

	Cuantos Vivos(as)	Edades aproximadas	Cuantos Difuntos	Edad de muerte	Causa de muerte/ problemas de slaud
Hermanos:	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> Desconocido
Hermanas:	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> Desconocido
Hijos:	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> Desconocido
Hijas:	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> Desconocido

HISTORIAL SOCIAL

TRABAJO: _____ (Por Favor circule uno) CASADO(A) SOLTERO(A)
DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

Esposo/Esposa

Informacion: No aplicable Vivo(a) (Edad ____) Difunto (a)

Problemas de sauld o causa de muerte: _____

Usted hace ejercicio? _____

Tobaco/Alcohol/Suplementos

	Usando en Este momento		Usado en el pasado		Tipo/Cantidad Frecuenia	Cuanto tiempo? (cuantos años)	Si paro (que año)
<u>TOBACCO:</u>	Sí	No	Sí	No	_____	_____	_____
<u>ALCOHOL:</u>	Sí	No	Sí	No	_____	_____	_____
<u>CAFENIA:</u>	Sí	No	Sí	No	_____	_____	_____
<u>SUPLEMENTOS SIN RECETAS</u>	Sí	No	Sí	No	_____	_____	_____
<u>DROGAS:</u>	Sí	No	Sí	No	_____	_____	_____

LAS SIGUIENETES PREGUNTAS SON SOLO PARA LAS MUJERES:

Puede ser posible que este embarazada en este momento? Sí No
 Que fue la ultima fecha cuando comenzo su menstruacion? Mes: _____ Dia: _____ Año: _____
 Numero de:Embarazos _____ Nacimientos Vivos: _____ Abortos Naturales/abortos: _____

Repaso de Sistemas

Ha tenido alguno de los siguientes problemas recientemente? Circule Sí o No. Describa debajo.

Sintomas en General

Fiebre/Calentura Sí No
 Escalofrios Sí No
 Dolor de cabeza Sí No

Sintomas de la Piel

Comezon en la piel Sí No
 Forúnculo Sí No
 El cuerpo Rosado Sí No

Estomago/Intestinos

Hepatitis Sí No
 Ulceras/reflujo ácido Sí No
 Estrenimiento Sí No

Esqueleto/Musculos

Dolor de espalda o cirugía Sí No
 Desorden de los musculos Sí No
 Desorden de coyuntura Sí No

Vista/Sonido

Vista Borroso Sí No
 Glaucoma Sí No
 Perdida de Oir/Retumbante Sí No

Pulmonar

Respirando con siblidos Sí No
 Tos frecuente Sí No
 Falta de respiracion Sí No

Organos Genitales y urinarios

Mal funcionamiento del Riñon Sí No
 Piedra en el Riñon Sí No
 Infeccion de la orina Sí No
 Disfuncion de erection Sí No

Sistema Endocrina

Diabetes Sí No
 Tiróide Sí No
 Paratiróide Sí No

Oídos/nariz/garganta y boca

Infección del oído Sí No
 Dolor de la garganta Sí No
 Dificultad al tragar Sí No

Sistema Circulatorio

Dolor en el Pecho Sí No
 Alto presión Sí No
 Varices Sí No

Nuerologico

Vertigo (Mareo) Sí No
 Migraña Sí No
 Esclerosis Múltiple Sí No

Hematologico/Linfatico

Hinchazon (los gangilos linfáticos) Sí No
 Desórden de desangramiento Sí No
 VIH Sí No

**Solamente Para Los Hombres:
AUA SYMPTOM INDEX**

Circule un numero en cada columna que mejor responde a las siguientes preguntas:	Ninguna	Menos de 1 vez en 5	Menos de la mitad del tiempo	La mitad del tiempo	Mas de mitad del tiempo	Casi siempre
1. NO SIENTE LA VEJIGA VACIO Durante el último mes, con frecuencia ha tenido la sensación de no quedar vacío completamente después de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. FRECUENCIA Durante el último mes, con qué frecuencia ha tenido que orinar de nuevo? Menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. INTERMITENCIA Durante el último mes, cuantas veces ha notado cuando orinaba que se detuvo y comenzó de nuevo a orinar durante varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. URGENICA Durante el último mes, con qué frecuencia ha notado difícil posponer para orinar?	0	1	2	3	4	5
5. CHORRO DÉBIL Durante el último mes, con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
6. ESFUERZO Durante el último mes con frecuencia ha tenido que empujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. NOCTURIA Cuantas veces ha tenido que levantarse durante la noche después de estar dormido hasta el tiempo que se levanta por la mañana a orinar?	0	1	2	3	4	5

CALIDAD DE VIDA

Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como le afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

ENCANTADO	FELIZ	MUY SATISFECHO	NEUTRAL	MUY INSATISFECHO	INFELIZ	TERRIBLE
0	1	2	3	4	5	6