***Paciente Nuevo Historial Urológico – Hombre***

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Apellido) (Nombre) (I) (Fecha)

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. de Referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr. Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es la ***razón primaria*** de su visita hoy? Describir en las líneas provistas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo noto el problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Localidad del problema? (Si aplica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En la escala del 1-10, 10 siendo el más severo, circule el número que describa su problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

¿Cuánto dura el problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Es el problema: **🗆** Constante **🗆** Variable **🗆** Raramente

¿Hay algo que cause que el problema empeore? \_\_\_\_\_Si, ¿no? que lo hace empeorar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay algo que mejore el problema? \_\_\_\_\_ Si, ¿no? que lo hace mejorar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El problema interfiere con sus actividades normales? **🗆** Si **🗆** No

¿Qué exámenes se ha hecho para evaluar este problema?

**🗆** No he tenido ningún examen para evaluar este problema

**🗆** X-ray **🗆** Ultrasonido **🗆** Examen Urodinámico

**🗆** CT scan **🗆** Escaneo Nuclear de hueso **🗆** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🗆** MRI **🗆** Escaneo Nuclear renal **🗆** No estoy segura

**🗆** IVP **🗆** Espécimen de Orina

**🗆** Examen de Sangre **🗆** Cistoscopia

¿Dónde le hicieron estos exámenes? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Gotea Orina? **🗆** Si **🗆**  No

¿Es su perdida (Goteo) de orina asociada con la necesidad de orinar? **🗆** Si **🗆**  No

¿Su Perdida (Goteo) de orina está asociada con toser, reír, saltar, ¿estornudar o hacer ejercicio? **🗆** Si **🗆**  No

¿Usa toallas protectoras? **🗆** Si **🗆**  No Cuantos usa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene problema con Libido/deseo sexual? **🗆** Si **🗆**  No

¿Tiene algún problema para lograr o mantener una erección?? **🗆** Si**🗆**  No

¿Has probado algún medicamento para la disfunción eréctil? **🗆** Si **🗆**  No

Por favor indique que medicamento(s):

**🗆** Viagra **🗆** Cialis **🗆** Levitra **🗆** Staxyn **🗆** MUSE **🗆** Terapia de Inyecciones **🗆** Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le gustaría hablar hoy sobre la función eréctil con su médico? \_\_\_\_\_\_\_ (Nota: una cita adicional será requerida si este no es su problema primordial)

¿Hay algún otro problema urológico que le gustaría discutir con el Dr. \_\_\_\_\_\_ Hoy? **🗆** Si **🗆**  No

(Por favor explique:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias:** Es usted alérgico a:

 **🗆** Látex **🗆** Yodo/Betadine **🗆** Penicilina

 **🗆** Colorante/ IV Contraste **🗆** Cinta/Adhesivos **🗆** Sulfa

 **🗆** Mariscos/Camarón **🗆** Anestésicos **🗆** Cipro/Levaquin

**🗆** No tengo ninguna alergia a medicinas

Alergias de medicinas: (listar todas las alergias) ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Medicamentos***:

¿Toma algún medicamento? **🗆** Si **🗆** No

Está tomando alguno de estos anticoagulantes **🗆** Aspirina **🗆** 81 mg o **🗆** 325 mg

**🗆** Motrin **🗆** Aleve **🗆** Ibuprofeno **🗆** Celebrex **🗆** Mobic **🗆** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🗆** Coumadin **🗆** Warfarin **🗆** Plavix **🗆** Pradaxa **🗆** Xarelto **🗆** Eliquis **🗆** Heparin **🗆** Lovenox

Por favor liste todas las medicinas que toma con la dosis y frecuencia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Medicina*** | ***Doce*** | ***Que tan seguido*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Por favor Liste todas las vitaminas y suplementos como Vitamina E, Aceite de pescado, herbales, ajo, etc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Problemas Médicos del Pasado & Presente***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🗆** Ritmo Cardiaco irregular |  | **🗆** Diverticulosis |  | **🗆** Esclerosis múltiple |
| **🗆** Enfermedad de la arteria carótida |  | **🗆** Insuficiencia renal |  | **🗆** Miastenia gravis |
| **🗆** Insuficiencia cardiaca congestiva |  | **🗆** Endometriosis |  | **🗆** Enfermedad de Parkinson |
| **🗆** Alta presión sanguínea |  | **🗆** Enfermedad Poliquístico en los riñones |  | **🗆** Convulsiones |
| **🗆** Colesterol alto |  | en los riñonesKidney stones |  | **🗆** TIA |
| **🗆** Ataque al corazón |  | **🗆** Cálculos renalesVesicoureteral reflux |  | **🗆** Anemia |
| **🗆** Vascular Periférico disease |  | **🗆** Reflujo vesicoureteral |  | **🗆** Anemia falciforme |
| **🗆** Enfermedad valvular del del corazón corazón |  | **🗆** Infecciones renales |  | **🗆** Coágulos de sangre |
| corazónEstenosis de la arteria renal |  | **🗆** Obstrucción renal |  | **🗆** SIDA/ HIV |
| **🗆** Estenosis de la arteria\ renal. |  | **🗆** Próstata agrandada/ BPH |  | **🗆** Glaucoma |
| **🗆** Enfermedad del corazónAsthma |  | **🗆** Infección de próstata |  | **🗆** Dependencia de drogas |
| **🗆** AsmaBronchitis |  | **🗆** STD’s |  | **🗆** Depresión |
| **🗆** BronquitisAsmaCOPD |  | **🗆** Fibromialgia |  | **🗆** Cáncer de vejiga |
| **🗆** EPOC**🗆****🗆 🗆** Cystic fibrosis |  | **🗆** Gota |  | **🗆** Cáncer de mama |
| **🗆** Fibrosis quística |  | **🗆** Osteoporosis |  | **🗆** Cáncer de cuello uterino |
| **🗆** Neumonía |  | **🗆** Artritis reumatoide |  | **🗆** Cáncer de Colon  |
| **🗆** Embolia pulmonar |  | **🗆** Polio |  | **🗆** Cáncer de riñon |
| **🗆** Sarcoidosis |  | **🗆** Articulaciones artificiales |  | **🗆** Cáncer de pulmón |
| **🗆** Apnea del sueño |  | **🗆** Lupus |  | **🗆** Cáncer de Pene |
| **🗆** Tuberculosis |  | **🗆** Enfermedad de Addison |  | **🗆** Cáncer depróstata |
| **🗆** Cirrosis |  | **🗆** Enfermedad de Cushing |  | **🗆** Cáncer de Piel |
| **🗆** Enfermedad de Crohn |  | **🗆** Diabetes |  | **🗆** Cáncer testicular |
| **🗆** Acidez/ ERGE |  | **🗆** Hipertiroidismo |  | **🗆** Cáncer Uterino |
| **🗆** Hepatitis B |  | **🗆** Hipotiroidismo |  | **🗆** Cáncer, Otro: |
| **🗆** Hepatitis C |  | **🗆** Alzheimer |   | **🗆** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **🗆** Intestino irritable |  | **🗆** Bipolar  |  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **🗆** La enfermedad de úlcera péptica |  | **🗆** Derrame cerebral |  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 péptica **🗆** Demencia

 **🗆** Colitis ulcerosa

Historia Quirúrgica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Cirugía** | **Fecha** | **Cirugía** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Historial Familiar (por favor indique cual miembro de familia)***

**🗆** Infecciones urinarias **🗆** Cálculos renales **🗆** Cáncer de próstata

**🗆** Trastornos de sangrado **🗆** Diabetes **🗆** Cáncer de riñon

**🗆** Enfermedad del corazón **🗆** Cáncer de vejiga **🗆** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Historial de Tabaco/ Alcohol***

¿Fumas actualmente?? **🗆** Si **🗆** No Cuanto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fumabas anteriormente? **🗆** Si **🗆** No Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuando paraste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? **🗆** Si **🗆** No Cuantas Bebidas por día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usas drogas recreativas? **🗆** Si **🗆** No Substancias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por tomarse su tiempo y completar el cuestionario urológico. Bienvenido a nuestra Oficina! Prince William Urology Associates, Ltd

***REVISION DE SISTEMAS***

Marque **☑** solo los problemas que **actualmente** aplican para usted.

**CONSTITUCIONAL GASTROINTESTINAL INTEGUMENTARIA/PIEL**

**🗆** Fiebre **🗆** Poco Apetito **🗆** Erupción/Alergia

**🗆** Resfriado **🗆** Nausea **🗆** Lunares atípicos

**🗆** Aumento de peso **🗆** Vómitos **🗆** Picazón en la piel

**🗆** Pérdida de Peso **🗆** Diarrea

**🗆** Estreñimiento **NEUROLOGICO**

**OJOS**  **🗆** Dolor Abdominal

**🗆** Sangre en las heces **🗆** Entumecimiento

**🗆** Visión borrosa **🗆** Acidez **🗆** Debilidad

**🗆** Perdida de la visión **🗆** Mareo

**OIDOS/ NARIZ/ GARGANTA GENITOURINARIA HEMATOLOGICO/LYMPHATICO**

 **🗆** Sangre en la orina

**🗆** Pérdida de audición **🗆** Moretones con facilidad **🗆** Tendencia a sangrado

**🗆** Problemas Sinusales **🗆** Goteo de orina **🗆** Ganglios linfáticos

**🗆** Dificultad para tragar **🗆** Flujo débil de orina

**🗆** Dolor de Garganta **🗆** Frecuencia urinal **ENDOCRINO**

**🗆** Problemas Dentales **🗆** Impulso de orinar de repente

**🗆** Sangrado de Nariz **🗆** Levantarse en la noche a orinar **🗆** Sed Excesiva

**🗆** Problemas con erección **🗆** Intolerancia al frio/calor

**CARDIOVASCULAR 🗆** Dolor con relaciones sexuales **🗆** Problema Hormonal

 **🗆** Dolor de vejiga **🗆** Fatiga

**🗆** Dolor de Pecho **🗆** Dolor pélvico

**🗆** Palpitaciones **🗆** Ardor al orinar **ALLERGIA**

**🗆** Ritmo Cardiaco irregular **🗆** Infecciones frecuentes de orina

**🗆** Hinchazón de Pies/Extremidades  **🗆** Alergia a medicamentos

 **🗆** Alergia al látex

 **MUSCULOSQUELETICO 🗆** Alergia estacional (clima)

**RESPIRATORIO**

**🗆** Brevedad de respiración **🗆** Dolor de articulaciones **PSYQUIATRICO**

**🗆** Tos crónica **🗆** Dolores musculares

**🗆** Tosido de sangre **🗆** Dolor de Espalda **🗆** Depresión

 **🗆** Ansiedad

**\*\*Healthcare provider only:** The above systems have been reviewed by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Physician’s initials