

Robert J. Cornell, MD, PA
Forma Medica Historial del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: _____ Estado Matrimonial _____

Como Supo del Dr.Cornell? _____

Doctor Primario: _____ **Ocupasion:** _____

Esta trabajando _____ Retirado _____ Disabilitado _____

Estatura _____ Peso _____

Usted: Fuma No ___ Si ___ por cuanto tiempo? _____ Numero de pacas al dia ? _____

Usted: Toma alcohol? No ___ Si ___ Por cuanto tiempo? _____

Enfermedades (incluya diagnostico): _____

Cirugias incluya mes/año: _____

Otras Hospitalisaciones incluya Mes /Año: _____

Liste Medicinas que esta tomando (incluya dosis): _____

Liste **Allergias** a Medicinas: _____

Historiar Medico de Familia: _____

Nombre: _____ Fecha _____

****Hombres Solamente****

Disfuncion erectil (DE) No ___ Si ___

Liqueo Urinario No ___ Si ___

Cuantas veces se levanta a orinar durante la noche _____

****Mujeres solamente****

Lequea Orina: No ___ Si ___ Frecuencia Orinaria: No ___ Si ___

Esta Enbarasada? No ___ Si ___ Numero de Embarazos ___ Numero de hijos _____

Porfavor ponga una marca si usted a tenido o tiene estos problemas:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Roncha	<input type="checkbox"/> Piedras en los Rinones
<input type="checkbox"/> Anesthesia	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Pierna/ Pie	<input type="checkbox"/> Fiebre Rheumatica
<input type="checkbox"/> Emphysema	<input type="checkbox"/> Leukemia	<input type="checkbox"/> Shingles	<input type="checkbox"/> Ataques del Corazo
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Paralises	<input type="checkbox"/> Desordenes de los ojos
<input type="checkbox"/> Tiroidis	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Enfemedad Mental	<input type="checkbox"/> Problemas de la espalda
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Niervios	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Infecciones en la vegiga
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Osteomyelitis	<input type="checkbox"/> Derame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina
<input type="checkbox"/> Diabetis	<input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> Enfermedas Venerea
<input type="checkbox"/> Phlebitis	<input type="checkbox"/> Coagulo de vena	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Desordenes de la sangre
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Murmur del corazon
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Desordenes del	<input type="checkbox"/> Circulacion pobre	
<input type="checkbox"/> Celula de Hoz	<input type="checkbox"/> Desordenes del Rinon	<input type="checkbox"/> Desordenes de Sangreo	

Otras Condiciones: _____

Esta informacion esta corecta.

Firma de pasiente

Fecha