

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Amy K Moreno, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley- PA-C

Paciente Nuevo Historial Urológico - Mujer

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? (Puede escoger más de una localidad)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Costado |
| <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Ingle |
| <input type="checkbox"/> Recto | <input type="checkbox"/> Genitales | |
| <input type="checkbox"/> No 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?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No he tenido ningún examen para evaluar este problema | | |
| <input type="checkbox"/> X-ray | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Examen Urodinámico |
| <input type="checkbox"/> CT scan | <input type="checkbox"/> Escaneo Nuclear de hueso | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Escaneo Nuclear renal | <input type="checkbox"/> No estoy segura |
| <input type="checkbox"/> IVP | <input type="checkbox"/> Espécimen de Orina | |
| <input type="checkbox"/> Examen de Sangre | <input type="checkbox"/> Cistoscopia | |

¿Dónde le hicieron estos exámenes? _____

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Amy K Moreno, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley- PA-C

¿Experimenta alguno de lo siguiente?

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Corriente débil | <input type="checkbox"/> Regate |
| <input type="checkbox"/> Urgencia Urinaria | <input type="checkbox"/> Esfuerzo para orinar | |
| <input type="checkbox"/> Ardor al Orinar | <input type="checkbox"/> Problema iniciando la orina | |

¿Cuántas veces se levanta en la noche a orinar? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sientes que estás vaciando completamente la vejiga? Si No

¿Gotea Orina? Si No

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

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

¿Usa toallas protectoras? Si No Cuantos usa? _____

Cuantas Toallas / día? _____ Protectores/ día? _____ Pañales/ día? _____ Otro: _____

Usualmente están: Secos Húmedos Mojados Empapados

¿Hay algún otro problema urológico que le gustaría discutir con el Dr. _____ Hoy? Si No

(Por favor explique:) _____

Alergias: Es usted alérgica a:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Yodo/Betadine | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Colorante/ IV Contraste | <input type="checkbox"/> Cinta/ Adhesivos | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Mariscos/Camarón | <input type="checkbox"/> Anestésicos | <input type="checkbox"/> 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

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Amy K Moreno, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley- PA-C

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

<u>Medicina</u>	<u>Doce</u>	<u>Que tan seguido</u>

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

Problemas Médicos del Pasado & Presente

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Cardíaco irregular
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón
<input type="checkbox"/> Vascular Periférico
<input type="checkbox"/> Enfermedad valvular del corazón
<input type="checkbox"/> Estenosis de la arteria
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> EPOC
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística
<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Diverticulosis
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal
<input type="checkbox"/> Endometriosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad Poliquistico en los riñones
<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<input type="checkbox"/> Reflujo vesicoureteral
<input type="checkbox"/> Infecciones renales
<input type="checkbox"/> Obstrucción renal
<input type="checkbox"/> Próstata agrandada/ BPH
<input type="checkbox"/> Infección de próstata
<input type="checkbox"/> STD's
<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Miastenia gravis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> TIA
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre
<input type="checkbox"/> SIDA/ HIV
<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Dependencia de drogas
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama
<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino
<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon
<input type="checkbox"/> Cáncer de riñón |
|--|---|--|

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Amy K Moreno, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley- PA-C

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sarcoidosis | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer de Pene |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Cushing | <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer testicular |
| <input type="checkbox"/> Acidez/ ERGE | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Cáncer Uterino |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Cáncer, Otro: |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Intestino irritable | <input type="checkbox"/> Bipolar | _____ |
| <input type="checkbox"/> La enfermedad de úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Demencia | |

Historial Femenino

Número de embarazos: _____ Número de Partos: _____ Vaginal Cesárea
 ¿Ha tenido una histerectomía? Si No Cuando? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Ha tenido alguna cirugía de vejiga? ¿Cuándo? _____
 ¿Ha tenido alguna tachuela de vejiga? ¿Cuándo? _____
 ¿Has tenido una Honda? _____

Historia Quirúrgica

Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía

Historial Familiar (por favor indique cual miembro de familia)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de riñon |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> 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: _____

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Amy K Moreno, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley- PA-C

REVISION DE SISTEMAS

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

CONSTITUCIONAL

- Fiebre
- Resfriado
- Aumento de peso
- Pérdida de Peso

OJOS

- Visión borrosa
- Perdida de la visión

OIDOS/NARIZ/ GARGANTA

- Pérdida de audición
- Problemas Sinusales
- Dificultad para tragar
- Dolor de Garganta
- Problemas Dentales
- Sangrado de Nariz

CARDIOVASCULAR

- Dolor de Pecho
- Palpitaciones
- Ritmo Cardíaco irregular
- Hinchazón de Pies/Extremidades

- Alergia al látex

RESPIRATORIO

- Brevedad de respiración
- Tos crónica
- Tosido de sangre

- Ansiedad

GASTROINTESTINAL

- Poco Apetito
- Nausea
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor Abdominal
- Sangre en las heces
- Acidez

GENITOURINARIA

- Sangre en la orina
- Moretones con facilidad
- Goteo de orina
- Flujo débil de orina
- Frecuencia urinal
- Impulso de orinar de repente
- Levantarse en la noche a orinar
- Problemas con erección
- Dolor con relaciones sexuales
- Dolor de vejiga
- Dolor pélvico
- Ardor al orinar
- Infecciones frecuentes de orina

MUSCULOSQUELETICO

- Dolor de articulaciones
- Dolores musculares
- Dolor de Espalda

INTEGUMENTARIA/PIEL

- Erupción/ Alergia
- Lunares atípicos
- Picazón en la piel

NEUROLOGICO

- Entumecimiento
- Debilidad
- Mareo

HEMATOLOGICO/LYMPHATICO

- Tendencia a sangrado
- Ganglios linfáticos

ENDOCRINO

- Sed Excesiva
- Intolerancia al frío/calor
- Problema Hormonal
- Fatiga

ALLERGIA

- Alergia a medicamentos
- Alergia estacional (clima)

PSYQUIATRICO

- Depresión

****Healthcare provider only:** The above systems have been reviewed by: _____ Physician's initials