

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 - 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? _____

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

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

¿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:

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

_____ |
|--|--|---|

Historia Quirúrgica

Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía

Historial Familiar (por favor indique cual miembro de familia)

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

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

8525 Rolling Rd, Suite 220 Manassas, VA 20110-3648
 Phone: (703) 393-0700; Fax: 703-393-0661

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