

## HISTORIAL MEDICO

La razón por su visita hoy: \_\_\_\_\_

ALLERGIAS A MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS (si necesita espacio adicional inclúyalos hacia atrás de la página)

Nombre	Dosis	Pastillas por día	Razón por la que toma el medicamento	Nombre	Dosis	Pastillas por día	Razón por la que toma el medicamento

### HISTORIAL MEDICO (pertinente a Urología) - Circule lo apropiado

- |  |                    |                           |                       |
|--|--------------------|---------------------------|-----------------------|
| Cálculos Renales                       | PSA Elevado        | Agrandamiento de Próstata | Baja Testosterona     |
| Cáncer de Próstata                     | Retención de Orina | Sangre en la Orina        | Infecciones Urinarias |
| Fallo Renal                            | Incontinencia      | Cáncer Riñón              |                       |
| Prolapso Pélvico (cistocele,rectocele) | Otro: _____        |                           |                       |

### HISTORIAL MEDICO (no pertinente a Urología) - Circule lo apropiado

- Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta: Cepez Cataratas Sordera Glaucoma  
 Cardiovascular: Ataque de Corazón Hipertensión Fibrilación  
     Auricular Insuficiencia Cardíaca Congestiva Angina  
 Respiratorio: Asma EPOC Enfisema Embolia Pulmonar  
 Gastrointestinal: Enfermedad Chron's Diverticulitis Hepatitis  
 Endocrino: Diabetes Hipotiroidismo Hipertiroidismo  
 Neurológico: Enfermedad de Alzheimer's Enfermedad de Parkinson's  
 Esclerosis Múltiple  
 Cáncer: Pecho Colon Pulmón Ovario Linfoma  
 Otro tipo de cáncer: \_\_\_\_\_  
 Infecciones/Homológico: Anemia Tuberculosis VIH/SIDA Trombosis Venosa Profunda

Otras Condiciones Medicas

### HISTORIAL QUIRÚRGICO (Urológico y Ginecológica) - Circule lo apropiado

- |  |   |
|--|---|
| Prostatectomía Robótica  | Prostatectomía Radical Abierta                |
| Nefrectomía – Abierta o Laparoscópica  | Nefrectomía Parcial - Abierta o Laparoscópica |
| TURP (Resección de Próstata)   | TURBT (remover un tumor en la vejiga)         |
| ESWL (Cirugía para cálculos renales con sonido)  | Uteroscopia (Cirugía para Cálculos Renales)   |
| Orquiectomía (Eliminación del Testículo)   | Pieloplastia (para obstrucción del Riñón)     |
| Biopsia de Próstata  | Tratamiento para Estenosis Uretral            |
| Reparación de Prolapso Pélvico (reparación de cistocele, rectocele, enterocele con o sin malla)                |   |
| Implantación de un Cabestrillo Uteral para Incontinencia Suspensión de Vejiga para Incontinencia Histerectomía |   |
| Otras Cirugías: 1) _____   |   |
| No Mencionadas 2) _____  |   |

**HISTORIAL QUIRÚRGICO (no pertinente a Urología):**

Tipo de Cirugía	Fecha (aproximadamente)	Hospital o Ciudad

**HISTORIAL FAMILIAR: (por favor marque lo apropiado)**

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo/a	Hijo	Hija	Corre en Familia
Cáncer de Próstata								
Cáncer de Riñón								
Problemas Cardíacos								
Alta Presión								
Diabetes								
Otro: _____								

**HISTORIAL SOCIAL: (Circule lo apropiado)**

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado  
 Uso de Tabaco: Diariamente Ocasionalmente Previamente Nunca  
 Uso de Alcohol: Si Previamente Nunca  
 ¿Cuántas bebidas con cafeína bebe usted al día? : \_\_\_\_\_  
 Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre: Si o No  
 Lenguaje: Ingles Español Francés Alemán Portugués Ruso Chino Otro \_\_\_\_\_  
 Raza: Anglo-Saxon Negro/Africano Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Hispano/Latino  
 Asiático Otro \_\_\_\_\_

**ALTURA:** \_\_\_\_\_ **PESO :** \_\_\_\_\_ (Lbs)

**REVISIÓN DE SISTEMAS:**

(Por Favor circule cualquiera que le corresponda a usted)

Constitucional:	NINGUNO	Fiebre	Perdida de Peso	Escalofríos
Ojos:	NINGUNO	Visión Borrosa	Visión Doble	Cataratas
Oídos, Ojos, Nariz	NINGUNO	Sordez	Congestión	Dolor de Garganta
Cardiovascular:	NINGUNO	Dolor de Pecho	Tobillos Hinchados	Latido de Corazón Irregular
Respiratorio:	NINGUNO	Falta de Aliento	Sibilancias	Toz Crónica
Gastrointestinal	NINGUNO	Dolor Abdominal	Nausea/Vomito	Constipación
Genitourinario	NINGUNO	Incontinencia	Dolor Al Orinar	Sangre en La Orina
Muscular:	NINGUNO	Artritis	Dolor de Espalda	Dolor Muscular
Integumentario/Piel	NINGUNO	Salpullido	Irritación	Cáncer en la Piel
Neurológico	NINGUNO	Entumecimiento	Hormigueo	Vértigo
Hematológico	NINGUNO	Sangrado Anormal	Transfusión	Glándulas Hinchadas
Otros problemas:	_____			