



Cuestionario Anual Para Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____
Nombre y domicilio de su doctor primario _____
Nombres de otros doctores que le atienden (incluya especialidad) _____
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Historia Medica Previa

Anote todos sus problemas medicos
(por ejemplo diabetes, alta presion
Ataques al corazón, embolio, emfisema)

1. _____
2. _____
3. _____

B. Anote todos los Medicamentos incluya dosis,
aspirina, vitaminas o hierbas medicinales

Anote toda cirugia que haya tenido (anote la fecha)

1. _____
2. _____
3. _____

D. Anote cualquier alergia a medicinas

1. _____
2. _____
3. _____

Fuma usted? Sí ___ No ___ Si contesto sí, cuantos paquetes al día y por cuantos años? _____

Toma Usted alcohol Sí ___ No ___ Si contesto sí, con que frecuencia? _____

Ah tenido usted problemas por tomas demasiado alcohol? Sí ___ No ___

Historia Medica Familiar

Tiene historia familiar de (circule las que apliquen) piedras en los riñones, cancer de prostata, problemas de sangrado, tumores en los riñones, problemas con anestesia durante alguna operacion, diabetes, alta presión, problemas de corazón, etc. otros: _____

Historia Social

Estado Civil _____ Cuantos hijos _____

Que es su trabajo? _____ Retirado? _____

Historia Pasada Urologica

A tenido usted (circule sí/no)

- | | | | |
|---|---------|---|---------|
| 1. Problemas al orinar | sí / no | 2. Infeccion en la via urinaria | sí / no |
| 3. Sangre en la orina | sí / no | 4. Piedra en el riñon | sí / no |
| 5. Cistoscopia | sí / no | 6. Tumor en la vejiga | sí / no |
| 7. Prostata engrandecida | sí / no | 8. Impotencia (hombres) | sí / no |
| 9. Cirugía de la prostata | sí / no | 10. Cancer de la prostate | sí / no |
| 11. Cirugía de riñon o vejiga | sí / no | 12. Enfermedades transmitidas sexualmente | sí / no |
| 13. Insuficiencia renal o problemas del riñon | sí / no | 14. Incontinencia urinaria | sí / no |

Historia Ginecológica (mujeres solamente)

Fecha de su ultima menstruación _____ Puede estar usted embarazada? Sí / No

Cuantos embarazos _____ Cuantos hijos _____ Partos vaginales _____ Cesarias _____

Historia de (circule todos los que apliquen): endometriosis, cancer de cuello uterino utero (matriz), ovaries, radiación de pelvis, hysterectomía, menopausia o prolapsos vaginal.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

REVISION DE SISTEMAS

Por favor, indique si usted actualmente tiene o ha tenido historia de lo siguiente:

CONSTITUCIONAL

- ___ Exceso de pérdida de peso
- ___ Exceso de peso
- ___ Fiebre
- ___ Intolerancia al ejercicio
- ___ Sudoración nocturna

ENT y OJOS

- ___ Dolor de garganta
- ___ Ronquidos
- ___ Sinusitis
- ___ Hipoacusia
- ___ Dolor de oído
- ___ Sangrado Nasal
- ___ Cambios en la visión
- ___ Ojos secos

CARDIOVASCULARES

- ___ Dolor en el pecho
- ___ Dolor con esfuerzo del brazo
- ___ falta de aire al caminar
- ___ dificultad para respirar al acostarse
- ___ Palpitaciones
- ___ Soplo cardíaco

RESPIRATORIA

- ___ Tos
- ___ Sibilancias
- ___ Dificultad respiratoria.
- ___ Tosiendo sangre

GASTROINTESTINAL

- ___ El cambio en el apetito
- ___ Ardor de estómago
- ___ Náuseas
- ___ Vómitos
- ___ Estreñimiento
- ___ Diarrea
- ___ Sangre en las heces
- ___ Dolor abdominal
- ___ Ulceras

GENITOURINARIAS

- ___ Incontinencia
- ___ Sangre en orina
- ___ Frecuencia
- ___ Dificultad para orinar

APARATO LOCOMOTOR

- ___ Hinchazón en las extremidades
- ___ Dolor de espalda
- ___ Dolor en las articulaciones
- ___ Debilidad de músculo
- ___ Dolores musculares

PIEL

- ___ Erupciones
- ___ Lunares anormales
- ___ Picazón
- ___ Piel seca
- ___ Ictericia

NEUROLÓGICOS

- ___ Desmayos
- ___ Debilidad de músculo
- ___ Entumecimiento
- ___ Dolores de cabeza
- ___ Accidente Cerebrovascular
- ___ Mareos
- ___ Convulsiones

PSIQUIÁTRICA

- ___ Depresión
- ___ Disturbio del sueño
- ___ Se sienten inseguros
- ___ Abuso de alcohol
- ___ Ansiedad

SISTEMA ENDOCRINO

- ___ Fatiga

HEMATOLÓGICAS

- ___ Moretes fácilmente
- ___ Glándulas hinchadas
- ___ Historia de coágulos de sangre

ALÉRGICO

- ___ Rinorrea
- ___ Presión sinusal
- ___ Picazón
- ___ Colmenas
- ___ Estornudos frecuentes

OTRO: (por favor indique)

- ___ Uso de esteroides
- ___ Asma
- ___ Infarto
- ___ Hipertensión arterial
- ___ Enfermedad tiroidea
- ___ Anemia
