



## Cuestionario Anual Para Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio de su doctor primario \_\_\_\_\_

Nombres de otros doctores que le atienden (incluya nombre y especialidad) \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### **Historia Medica Previa**

Anote todo sus problemas medicos  
(por ejemplo diabetes, alta presion,  
ataques al Corazon, embolio, emfisema)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

B. Anote todos los medicamentos incluya dosis,  
aspirina, vitaminas o yerbas medicinales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anote toda cirugia que haya tenido (anote la fecha) D. Anote cualquier alergia a medicinas

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Fuma usted? Si No si contesto si cuantos paquetes al dia y por cuantos anos? \_\_\_\_\_

Toma usted alcohol Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si contesto si con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Ah tenido usted problemas por tomar demasiado alcohol Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **Historia medica familiar**

Tiene historia familiar de (circule las que apliquen) piedras en los rinones, cancer en la prostata, problemas de sangramento, tumores en los rinones, problemas con anesthesia durante alguna operacion, diabetes, alta presion, problemas de Corazon, etc. otros: \_\_\_\_\_

### **Historia social**

Estado Civil \_\_\_\_\_ Cuantos hijos \_\_\_\_\_

Que es su trabajo? \_\_\_\_\_ Retirado? \_\_\_\_\_

### **Historia pasada de urologia**

A tenido usted (circule si / no)

1. Problemas al orinar si / no

3. Sangre en la orina si / no

5. Cystoscopia si / no

7. Prostata engrandecida si / no

9. Cirujia de la prostata si / no

11. Cirujia del el rinon oh vejiga si / no

13. Insuficiencia renal oh problemas del rinon si/no

2. Infeccion en la via urinaria si / no

4. Piedra en el rinon si / no

6. Tumor en la vejiga si / no

8. Impotencia (hombres) si / no

10. Cancer de la prostata si / no

12. Enfermedades trasmitidas sexualmente si/no

14. Incontinencia urinaria si / no

### **Historia gynecologica (mujeres solamente)**

Fecha de su ultima menstruation \_\_\_\_\_ Puede estar usted embarazada si / no

Cuantos enbarazos \_\_\_\_\_ cuantos hijos \_\_\_\_\_ partos vaginales \_\_\_\_\_ cesarias \_\_\_\_\_

Historia de ( circule todos los que apliquen): endometriosis, cancer del cervix, utero (matris), ovarios, radiaciond de la pelvis, histerectomia, menopausia oh prolapso vaginal.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



### Revisión de Sistemas

Por favor indique si usted tiene cualquier problema en referencia a algún sistema? Circule **Si** o **No**

Por favor explique abajo en notas cualquier respuesta a la que conteste Si.

<b>Síntomas Constitucionales</b>				<b>Piel</b>			
Fiebre	Si	No		Erupción de la Piel	Si	No	
Escalofrió	Si	No		Infección de la Piel	Si	No	
Dolor de Cabeza	Si	No		Comezón persistente	Si	No	
Otro				Otro			
<b>Ojos</b>				<b>Musculoesquelético</b>			
Vista Borrosa	Si	No		Dolor de Articulaciones	Si	No	
Vista Doble	Si	No		Dolor de Cuello	Si	No	
Dolor	Si	No		Dolor de Espalda	Si	No	
Otro				Otro			
<b>Alergia/Inmunológico</b>				<b>Oídos/Nariz/Garganta/Boca</b>			
Fiebre de Heno	Si	No		Infección de Oído	Si	No	
Alergias a drogas	Si	No		Dolor de Garganta	Si	No	
Otro				Problemas de Sinusitis	Si	No	
<b>Neurológico</b>				<b>Respiratorio</b>			
Temblores	Si	No		Silbidos al Respirar	Si	No	
Mareos	Si	No		Toz Frecuente	Si	No	
Entumido/Hormigueo	Si	No		Dificultad para Respirar	Si	No	
Otro				Otro			
<b>Endocrinal</b>				<b>Hematológico Linfático</b>			
Demasiada Sed/Sudar	Si	No		Glándulas Hinchadas	Si	No	
Muy Caliente/Frio	Si	No		Problema de Coagulación	Si	No	
Cansado	Si	No		Otro			
Otro				<b>Psicología</b>			
<b>Gastrointestinal</b>				Esta usted satisfecho con su vida?	Si	No	
Dolor Abdominal	Si	No		Se siente usted deprimido?	Si	No	
Nausea/Vomito	Si	No		Usted a considerado el suicidio?	Si	NO	
Indigestión/Agruras	Si	No		Otro			
Otro				<b>Cardiovascular</b>			
Dolor de Pecho	Si	No		Dolor de Pecho	Si	No	
Venas Varicosas	Si	No		Venas Varicosas	Si	No	
Alta Presión	Si	No		Alta Presión	Si	No	
Otro				Otro			

**(Comentarios/Notas)**

	Respuesta	Nivel de Servicio
	0-1	1 or 2
	2-9	3
Firma del Paciente:	10+	4or5

Doctor:	Fecha	/	/
---------	-------	---	---