



NORTHERN

Urology

a department of Northern Regional Hospital

HISTORIAL MÉDICO PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Razón de la visita: _____

Proveedor de atención primaria y fecha de la última visita: _____

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los de venta libre o sin receta.

Nombre del medicamento	Potencia	Frecuencia con que lo toma
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Alergias

☐ No se conocen alergias a medicamentos ☐ No se conocen otras alergias

Si tiene alergias:

☐ Alergias a medicamentos: _____

☐ Alergias a alimentos: _____

☐ Ambiental (como polvo, polen de árboles, etc.) _____

Historial médico

Enfermedades/afecciones: marque la casilla junto a cualquiera de las enfermedades que ha tenido o tiene actualmente.
Marque todas las que corresponda.

	<u>Fecha/Detalles</u>
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí _____
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/> Sí _____
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Sí _____
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí _____
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Sí _____
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí _____
Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Sí _____
Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Sí _____
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí _____
Acidez estomacal/reflujo	<input type="checkbox"/> Sí _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí _____
Lípidos altos	<input type="checkbox"/> Sí _____
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí _____
Hipo/Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Sí _____
Intestino irritable	<input type="checkbox"/> Sí _____
Migraña	<input type="checkbox"/> Sí _____
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí _____
Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí _____
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí _____
Patología vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí _____
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí _____
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí _____

Historial quirúrgico anterior

	Fecha/Detalles		Fecha/Detalles
Apendectomía	<input type="checkbox"/> Sí _____	Cirugía de vejiga	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cirugía a la espalda	<input type="checkbox"/> Sí _____	Cirugía de próstata	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí _____	Ureteroscopia	<input type="checkbox"/> Sí _____
Stents cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí _____	Otras cirugías:	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cirugía de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí _____	(Si responde sí explique)	
Onda de choque «litotricia»	<input type="checkbox"/> Sí _____		
Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Sí _____	¿Tiene cardiólogo? En caso afirmativo, nombre y última visita.	_____
Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/> Sí _____		_____
Histerectomía	<input type="checkbox"/> Sí _____	¿Ha tenido una colonoscopia? En caso afirmativo, ¿cuándo?	_____
Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/> Sí _____		_____
Eliminación de cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí _____		

Historial médico familiar

¿Alguien de su familia **INMEDIATA** (padre, madre, hermano, abuelo, hijos) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes afecciones?

	Parentesco:
Problema con anestesia	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/> Sí _____
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Sí _____
Otros NO listados:	_____

Historial social

Sus hábitos personales: ¿Usted...?

Ejercita en forma regular (3-4 veces por semana) ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, tipo y frecuencia: _____)

Consume drogas ilegales ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, tipo y frecuencia: _____)

Consume de alcohol ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, tipo y frecuencia: _____)

Fuma ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, tipo y frecuencia: _____)

Tabaco sin fumar ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, tipo y frecuencia: _____)

Ha fumado en el pasado ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, fecha para dejar de fumar: _____)

¿Tiene directivas anticipadas? (Testamento vital, poder notarial de atención médica, no resucitar)

Si responde sí, descríbala: _____

Idioma preferido para discutir su atención médica: _____

¿Es usted donador de órganos? _____

¿Tiene alguna creencia cultural, religiosa o personal que debemos conocer?

Si responde sí, descríbala: _____

Revisión de los sistemas ¿Qué problemas tiene ahora?

	<u>Fecha/Detalles</u>		<u>Fecha/Detalles</u>
Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí _____	Dolor en el escroto/testículos	<input type="checkbox"/> Sí _____
Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sí _____	Dificultad en la función eréctil,	<input type="checkbox"/> Sí _____
Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí _____	Disminución del deseo sexual	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Sí _____	Dificultad con el sexo	<input type="checkbox"/> Sí _____
Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sí _____	Periodos dolorosos	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí _____	Secreción vaginal	<input type="checkbox"/> Sí _____
Latido cardíaco irregular,	<input type="checkbox"/> Sí _____	Salpullido	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dificultad para respirar con actividad	<input type="checkbox"/> Sí _____	Comezón	<input type="checkbox"/> Sí _____
Hinchazón en las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí _____	Llagas o problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Sí _____
Sibilancia	<input type="checkbox"/> Sí _____	Cambio en los lunares o piel	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dolor de flanco	<input type="checkbox"/> Sí _____	Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí _____	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí _____
Náusea	<input type="checkbox"/> Sí _____	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí _____
Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí _____	Dolor de huesos	<input type="checkbox"/> Sí _____
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí _____	Aumento de la sed	<input type="checkbox"/> Sí _____
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí _____	Intolerancia al frío o al calor	<input type="checkbox"/> Sí _____
Cambios en la medición abdominal	<input type="checkbox"/> Sí _____	Ha subido o bajado de peso	<input type="checkbox"/> Sí _____
Sangre en los movimientos intestinales	<input type="checkbox"/> Sí _____	Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí _____
Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí _____	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí _____
Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sí _____	Sangrado fácil	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Sí _____	Contusión fácil	<input type="checkbox"/> Sí _____
Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sí _____	Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/> Sí _____
Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Sí _____	Enfermedades frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí _____
Disminución en el flujo de orina	<input type="checkbox"/> Sí _____	Problemas de sinusitis/alergia	<input type="checkbox"/> Sí _____
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Sí _____	Mareo	<input type="checkbox"/> Sí _____
Orinar durante la noche	<input type="checkbox"/> Sí _____	Bochornos	<input type="checkbox"/> Sí _____
Sangre en el semen	<input type="checkbox"/> Sí _____	Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Sí _____