



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 cardiaco	<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 cardiaca	<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: _____)

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

Consumo 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 debamos 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/hormigüeo	<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 _____