



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 | 2. Infeccion en la via urinaria si / no |
| 3. Sangre en la orina si / no | 4. Piedra en el rinon si / no |
| 5. Cystoscopia si / no | 6. Tumor en la vejiga si / no |
| 7. Prostata engrandecida si / no | 8. Impotencia (hombres) si / no |
| 9. Cirujia de la prostata si / no | 10. Cancer de la prostata si / no |
| 11. Cirujia del el rinon oh vejiga si / no | 12. Enfermedades transmitidas sexualmente si/no |
| 13. Insuficiencia renal oh problemas del rinon si/no | 14. Incontinencia urinaria si / no |

Historia gynecologica (mujeres solamente)

Fecha de su ultima menstruation _____ Puede estar usted enbarazada 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, hysterectomia, menopausia oh prolapso vaginal.

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____



Coastal
Health
Partners

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.

Síntomas Constitucionales				Piel			
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			
Ojos				Musculoesquelético			
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			
Alergia/Inmunológico				Oídos/Nariz/Garganta/Boca			
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	
				Otro			
Neurológico				Respiratorio			
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			
Endocrinal				Hematológico Linfático			
Demasiada Sed/Sudar	Si	No		Glándulas Hinchadas	Si	No	
Muy Caliente/Frío	Si	No		Problema de Coagulación	Si	No	
Cansado	Si	No		Otro			
Otro							
Gastrointestinal				Psicología			
Dolor Abdominal	Si	No		Esta usted satisfecho con su vida?	Si	No	
Nausea/Vomito	Si	No		Se siente usted deprimido?	Si	No	
Indigestión/Agruras	Si	No		Usted a considerado el suicidio?	Si	No	
Otro				Otro			
Cardiovascular							
Dolor de Pecho	Si	No					
Venas Varicosas	Si	No					
Alta Presión	Si	No					
Otro							

(Comentarios/Notas)

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