

Formulario de Historia para Paciente Masculino

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Historia de la enfermedad actual

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Cuánto tiempo lleva sucediendo este problema? ____ días; ____ semanas; ____ meses; ____ años

¿Hay algo que mejora el problema? _____

¿Hay algo que agrava el problema? _____

¿El problema va y viene o esta siempre presente? _____

¿Si hay dolor, donde se localiza el dolor? _____

¿Si hay dolor, describa el dolor: _____

¿Si hay dolor, en una escala de 1-10 (10 siendo el más grave), describe la severidad del dolor: _____

Revisión de los sistemas - Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:

| General | | Digestivo | |
|--------------------------|---|---|---|
| Escalofríos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Náuseas / vómitos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Piel | | Musculoesqueléticos | |
| Moretones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Comezón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Erupción | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cabeza y Cuello | | Neurológico | |
| Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Mareo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Zumbido en el oído | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Debilidad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Pulmones | | Endocrino | |
| Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Respira con dificultad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Cardiovascular | | Hematología | |
| Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Inflamación de los Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | Sangrado prolongado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Genitourinario Masculino -Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:

| | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------|---|
| Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cambio en el flujourinario | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lesiones en el pene | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el flanco | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Masa en el testículo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Frecuencia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor testicular | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Vacilación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Secreción uretral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Impotencia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Urgencia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Inabilidad para aguantar la orina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Orinar por las noches | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Vaciamiento incompleto de la vejiga | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Puntuación Internacional Síntomas de prostata (IPSS)

| Preguntas | Nunca | Menos de 1 vez en 5 | Menos De lamitad Del tiempo | Mitad del tiempo | Mas de la mitad del tiempo | Cast siempre |
|--|-------|---------------------|-----------------------------|------------------|----------------------------|---------------|
| Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de terminar de orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido que orinar de nuevo a las 2 horas después de haber terminado de orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has encontrado que mientras ornas paras de orinar y luego continuas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le resulta difícil para posponer el orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido un chorro de orina débil? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durante el último mes, ¿Cuántas veces has tenido que empujar o esforzarse para empezar a orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 o más veces |
| Durante el último mes, ¿cuántas veces te has levantado a orinar desde el momento de acostarse por la noche, hasta el momento en que se levantó en la mañana? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Puntuación total del IPSS: Suma de los siete círculos número (IPSS) Leve:0-7 Moderado:8-19 Grave:20-35 Puntuación: _____

| Calidad de vida debido a los síntomas urinarios | Contento | Encantado | Parcialmente satisfecho | Mixto | Medio Insatisfecho | Disgustado | Terrible |
|--|----------|-----------|-------------------------|-------|--------------------|------------|----------|
| Si usted fuera a pasar el resto de su vida con su condición de orina tal y como está ahora, ¿cómo se siente sobre eso? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Historial Médico - ¿alguna vez has tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes?

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Anemia | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> | Presión alta | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> |
| Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> | Diverticulitis | <input type="checkbox"/> | Cálculos renales | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> | ERGE | <input type="checkbox"/> | Prostatitis | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno de la coagulación | <input type="checkbox"/> | Síndrome del Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> | Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> | Hemorroides | <input type="checkbox"/> | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de las Arterias Coronarias | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> |
| EPOC | <input type="checkbox"/> | Hernia | <input type="checkbox"/> | | |

Aclarar las respuestas escogidas que requieren una explicación (por ejemplo: tipo de cáncer): _____

Indique cualquier Historial Medico que no se ha mencionado anteriormente: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alergias:

Sin alergias conocidas No se conocen alergias a medicamentos

Lista de las alergias a medicamentos, alimentos, etc: _____

¿Tiene reacciones al yodo? Si No
 ¿Tiene reacciones a los mariscos? Si No
 ¿Tiene reacciones a tinte de rayos X? Si No

Historia Familiar:

| Problema | Padre | Madre | Hermano(a) | Otro |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de testículo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro cáncer - especificar: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cálculos Renales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Historia Social:

¿Fuma usted actualmente? Si No En caso afirmativo, ¿cuánto fuma? _____ En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo has fumado? _____
 ¿Es usted un ex fumador? Si No En caso afirmativo, ¿en qué año empezó? _____ ¿En qué año dejó de fumar? _____
 ¿Bebe alcohol? Si No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Usted o alguna vez ha usado drogas? Si No

Medicamentos: Anote todos los medicamentos, incluyendo vitaminas, hierbas, suplementos y sobre el mostrador:

| Nombre | Veces | Cantidad por día | Nombre | Veces | Cantidad por día |
|--------|-------|------------------|--------|-------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Alguna vez le han dicho que tenga que tomar antibióticos antes de procedimientos dentales? Si No

Antecedentes quirúrgicos-Lista de todas las cirugías y las fechas; incluya el lado del cuerpo (es decir: cirugía de la rodilla izquierda):

Los estudios de diagnóstico o de mantenimiento de la salud: **Signos vitales:**

Último PSA: _____ Altura actual: _____' _____"
 Último colonoscopia: _____ Peso actual: _____ libras



ADVANCED UROLOGY
CENTERS OF NEW YORK

A Division of Integrated Medical Professionals, PLLC