



Ha tomado productos que contengan aspirina dentro estas ultimas 2 semanas? No  Si

Ha tomado esteroides o drogas tipo cortisona durante el ultimo año? No  Si

**Historia medica:**

| Por favor marque (v) en la caja apropiada para cada órgano indicado. Describa el problema y el tipo de cirugía. | Si                       | No                       | Sí a tenido cirugía | Por favor describe la cirugía por favor marque |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| Cardiovascular (Corazón, circulatorio, aneurisma)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Alta presión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Cáncer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Pulmonar (pulmones, toz, falta de respiración)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Gastrointestinal(estomago/ulcera/dolor de estomago, náusea/vómito)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Riñones/genitourinario (vejiga) (cambios en la orina, sangre en la orina, pérdida de orina)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Neurológico (mareo, adormecido, ataque de apoplejía, convulso)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Endocrinólogo (diabetes/tiroide, paratiroides)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Hematológico (hinchazón de las glandulas,coagulación de la sangre, moretones)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Músculoesqueletal/Tejido conjuntivo (debilidad muscular, dolor de los hueso, ciática, dolor muscular)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Alergia/Inmunología/Dermatología (rozado de la piel/ampollas/comezón persistente)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| Psiquiátrico (depresión, ansiedad)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
| VIH /Hepatitis B/ Hepatitis C   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |  |
|   |                          |                          |                     |  |

Alguna vez ha estado hospitalizado? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, por favor escriba las razones con la fecha(s) \_\_\_\_\_

---



---



---

**HISTORIA DE FAMILIA:**

Padre:  Vivo (Edad \_\_\_\_\_)  Difunto (Edad \_\_\_\_\_)  Desconocido Causa de Muerte: \_\_\_\_\_

Madre:  Viva (Edad \_\_\_\_\_)  Difunta (Edad \_\_\_\_\_)  Desconocido Causa de Muerte: \_\_\_\_\_

Enfermedades que corren en su familia : \_\_\_\_\_

|           | Cuantos Vivos(as) | Edades aproximadas | Cuantos Difuntos | Edad de muerte | Causa de muerte/ problemas de salud        |
|-----------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--|
| Hermanos: | _____             | _____              | _____            | _____          | _____ <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Hermanas: | _____             | _____              | _____            | _____          | _____ <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Hijos:    | _____             | _____              | _____            | _____          | _____ <input type="checkbox"/> Desconocido |
| Hijas:    | _____             | _____              | _____            | _____          | _____ <input type="checkbox"/> Desconocido |

\*\*\*\*\*

**HISTORIAL SOCIAL**

**TRABAJO:** \_\_\_\_\_ (Por Favor circule uno) CASADO(A) SOLTERO(A)  
DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

Esposo/Esposa

Información:  No aplicable  Vivo(a) (Edad \_\_\_\_\_)  Difunto (a)

Problemas de salud o causa de muerte: \_\_\_\_\_

Usted hace ejercicio? \_\_\_\_\_

**Tabaco/Alcohol/Suplementos**

|                                       | Usando en Este momento |    | Usado en el pasado |    | Tipo/Cantidad Frecuencia | Cuanto tiempo? (cuantos años) | Si paro (que año) |
|---------------------------------------|------------------------|----|--------------------|----|--------------------------|-------------------------------|-------------------|
| <b><u>TABACO:</u></b>                 | Sí                     | No | Sí                 | No | _____                    | _____                         | _____             |
| <b><u>ALCOHOL:</u></b>                | Sí                     | No | Sí                 | No | _____                    | _____                         | _____             |
| <b><u>CAFEINA:</u></b>                | Sí                     | No | Sí                 | No | _____                    | _____                         | _____             |
| <b><u>SUPLEMENTOS SIN RECETAS</u></b> | Sí                     | No | Sí                 | No | _____                    | _____                         | _____             |
| <b><u>DROGAS:</u></b>                 | Sí                     | No | Sí                 | No | _____                    | _____                         | _____             |

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOLO PARA LAS MUJERES**

Puede ser posible que este embarazada en este momento? Sí No  
Que fue la ultima fecha cuando comenzó su menstruación? Mes: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
Numero de: Embarazos: \_\_\_\_\_ Abortos Naturales/abortos: \_\_\_\_\_  
Nacimientos Vivos: \_\_\_\_\_

## Repaso de Sistemas

Ha tenido alguno de los siguientes problemas recientemente? Circule Sí o No. Describa debajo.

### Síntomas en General

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
| Fiebre/Calentura | Sí | No |
| Escalofríos      | Sí | No |
| Dolor de cabeza  | Sí | No |

### Síntomas de la Piel

|                    |    |    |
|--------------------|----|----|
| Comezón en la piel | Sí | No |
| Forúnculo          | Sí | No |
| El cuerpo Rosado   | Sí | No |

### Estomago/Intestinos

|                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| Hepatitis             | Sí | No |
| Úlceras/reflujo ácido | Sí | No |
| Estreñimiento         | Sí | No |

### Esqueleto/Músculos

|                            |    |    |
|----------------------------|----|----|
| Dolor de espalda o cirugía | Sí | No |
| Desorden de los músculos   | Sí | No |
| Desorden de coyuntura      | Sí | No |

### Vista/Sonido

|                           |    |    |
|---------------------------|----|----|
| Vista Borroso             | Sí | No |
| Glaucoma                  | Sí | No |
| Perdida de Oír/Retumbante | Sí | No |

### Pulmonar

|                      |    |    |
|----------------------|----|----|
| Respirando con jadeo | Sí | No |
| Tos frecuente        | Sí | No |
| Falta de respiración | Sí | No |

### Organos Genitales y urinarios

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| Mal funcionamiento del Riñón | Sí | No |
| Piedra en el Riñón           | Sí | No |
| Infección de la orina        | Sí | No |
| Disfunción de erección       | Sí | No |

### Sistema Endocrina

|             |    |    |
|-------------|----|----|
| Diabetes    | Sí | No |
| Tiroide     | Sí | No |
| Paratiroide | Sí | No |

### Oídos/nariz/garganta y boca

|                      |    |    |
|----------------------|----|----|
| Infección del oído   | Sí | No |
| Dolor de la garganta | Sí | No |
| Dificultad comer     | Sí | No |

### Sistema Circulatorio

|                   |    |    |
|-------------------|----|----|
| Dolor en el Pecho | Sí | No |
| Alto presión      | Sí | No |
| Varices           | Sí | No |

### Neurológico

|                     |    |    |
|---------------------|----|----|
| Vértigo (Mareo)     | Sí | No |
| Migraña             | Sí | No |
| Esclerosis Múltiple | Sí | No |

### Hematológico/Linfático

|                                     |    |    |
|-------------------------------------|----|----|
| Hinchazón (los ganglios linfáticos) | Sí | No |
| Desorden de desangramiento          | Sí | No |
| VIH                                 | Sí | No |

**Solamente Para Los Hombres:**  
**AUA SYMPTOM INDEX**

| Circule un numero en cada columna que mejor responde a las siguientes preguntas:  | Ninguna | Menos de 1 vez en 5 | Menos de la mitad del tiempo | La mitad del tiempo | Mas de mitad del tiempo | Casi siempre |
|---|---------|---------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------|
| <b>1. NO SIENTE LA VEJIGA VACIO</b><br>Durante el último mes, con frecuencia ha tenido la sensación de no quedar vacío completamente después de orinar?       | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |
| <b>2. FRECUENCIA</b><br>Durante el último mes, con qué frecuencia ha tenido que orinar de nuevo? Menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?       | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |
| <b>3. INTERMITENCIA</b><br>Durante el último mes, cuantas veces ha notado cuando orinaba que se detuvo y comenzó de nuevo a orinar durante varias veces?      | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |
| <b>4. URGENCIA</b><br>Durante el último mes, con qué frecuencia ha notado difícil posponer para orinar?   | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |
| <b>5. CHORRO DÉBIL</b><br>Durante el último mes, con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina débil?   | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |
| <b>6. ESFUERZO</b><br>Durante el último mes con frecuencia ha tenido que empujar o esforzarse para empezar a orinar?  | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |
| <b>7. NOCTURIA</b><br>Cuantas veces ha tenido que levantarse durante la noche después de estar dormido hasta el tiempo que se levanta por la mañana a orinar? | 0       | 1                   | 2                            | 3                   | 4                       | 5            |

**CALIDAD DE VIDA**

Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como le afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

|                  |              |                       |                |                         |                |                 |
|------------------|--------------|-----------------------|----------------|-------------------------|----------------|-----------------|
| <b>ENCANTADO</b> | <b>FELIZ</b> | <b>MUY SATISFECHO</b> | <b>NEUTRAL</b> | <b>MUY INSATISFECHO</b> | <b>INFELIZ</b> | <b>TERRIBLE</b> |
| 0                | 1            | 2                     | 3              | 4                       | 5              | 6               |