

## INFORMACION PREVIA A LA CITA

Porfavor llene esta forma lo mas completa posible y traegala a su cita. **Conteste todas las preguntas**, si no esta seguro(a) de la respuesta, porfavor ponga "nose", si la pregunta no le aplica ponga "N/A"

Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento		Fecha	
Doctor de Referencia		Doctor Familiar	
Nombre y locacion de Farmacia			

### ALERGIAS

Medicina	Reaccion
Es Alergico al contraste de Radiacion?	S / N

### MEDICAMENTOS (Porfavor de traerlas en su cita) (Adjunte lista si es necesario)

Medicamentos	Dosis	Cuantas al dia?

### HISTORIAL DE CIRUJIAS PASADAS

✓	Cirujia	Fecha		✓	Cirujia	Fecha		✓	Cirujia	Fecha
	Eliminar de Apendice				Cirujia de Ojos				Cirujia Rectal	
	Cirujia de Espalda				Cirujia d Corazon				Cirujia de Hombros	
	SuspensiÓN de vejiga				Hernias				Cirujia de Tiroides	
	Cirujia de Cerebro				Caderas				Anginas	
	Cesareas				Histerectomia				Reseccion de Prostata	
	Remover de Vecicula				Cirujia d Rodilla				Parto Vaginal	
	Reseccion de Colon				Cirujia de Cuello				Cirujia Perder Peso	
Otro: <input style="width: 80%;" type="text"/>										

Edad 51-75	Tienes una Colonoscopia ?	S / N	Cuando?
Edad 65 +	Tienes una Vacuna para la neumonia?	S / N	Cuando?

### HISTORIAL MEDICA PASADA

✓	Problema		✓	Problema		✓	Problema		✓	Problema
	Asma			Diabetes Tipo I			Insuficiencia cardiac			Osteoartritis
	Fibrilacion Auricular			Diabetes Tipo II			Hepatitis			Parkinson
	Cancer de Senos			Glaucoma			VIH			Apnea del Sueño
	Dolor de Pecho			Ataque al Corazon			Hypertension			Derrame cerebral
	Insuficiencia renal			Enfermedad Cardiaca c/ dolor			Piedras Renales			Desorden d Tyroide
	EPOC			Enfermedad Cardiaca sin dolor			Esclerosis Multiple			Cancer de Prostata
Otro: <input style="width: 80%;" type="text"/>										

## HISTORIAL FAMILIAR

Problema	Miembro(quien)	Problema	Miembro(quien)	Problema	Miembor(quien)
Cancer de Prostata		Diabetes		Piedras Renales	
Cancer de Vejiga		Ataque d Corazon		Cancer de Riñon	
Cancer de Colon		Hipertension		Cancer de Senos	
Otro:					

## HISTORIAL SOCIAL

Fuma:	Todos los dias		Algunos dias		Fumaba Antes	Nunca Fumo	
Toma Alcohol?	Si	Ya no	Nunca	Usa Drogas Recreacionales?	Si	No	

## REVICION DEL SISTEMA

✓	General	✓	Cardiovascular	✓	ENT	✓	Respiratorio
	fiebre/escalofrios		Hinchason de piernas		Sangrado de encias		asthma
	fatiga/debil		Intolerancia al ejercicio		Perdida de audicion		neumonia
	Aumento de peso		Latidos irregularas		Sangrado de nariz		Difultar de Respirar
	Perdida de peso		palpitaciones		Mareos		Tos
✓	Ojos	✓	Integumentario	✓	GU (Masculino)	✓	Hematologico
	Vision borrosa		Cambio de lunares		Sangre en la orina		Sangra facil/Moreton
	Doble vision		Perdida de cabello		Dolor al orinar		Inchazon de glandulas
	Ojos secos		comenzon		Incontinencia urinar		anemia
	Lentes/contactos		Comezon de piel		Disfuncion erectil		VIH
✓	Gastrointestinal	✓	Musculoskeletal	✓	GU (Femenino)	✓	Psych
	estrenimiento		Colico muscular		Sangre en la orina		ansiedad
	diarrea		Dolor de articulaciones		Dolor al orinar		depresion
	nausea/vomito		Dolor de espalda		Incontinencia orinar		alucinaciones
	Sangrado rectal		Dolor de cuello/rigidez		Desecho vaginal		Dificultad para dormir

## SOLO PARA HOMBRES

Si lo van a ver por problemas de la prostata o por problemas para orinar, porfavor complete lo siguiente:

Mas De Un Mes:	Nunca	< 20% De veces	< 50% De veces	50% De veces	> 50% De veces	Casi Siempre
Con que frecuencia siente que no vacia la vejiga completamente?	0	1	2	3	4	5
Con que frecuencia orino mas de una vez en un periodo de 2 horas?	0	1	2	3	4	5
Con que frecuencia se detuvo y comenzo varias veces mientras orino?	0	1	2	3	4	5
Con que frecuencia a tenido dificultad de detener la orina?	0	1	2	3	4	5
Con que frecuencia a tenido una corriente urinaria debil?	0	1	2	3	4	5
Con que frecuencia te esfuerzas para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
Cuantas veces te levantas en la noche para orinar?	0 Veces	1 Veces	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces

Purntaje Total \_\_\_\_\_