ADVANCED UROLOGY
CENTERS OF NEW YORK
A Division of Integrated Medical Professionals, PLLC

Formulario de Historia para Paciente Femenino

Primer Nombre:_____ Apellido:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Fecha:_____

Historia de la enfermedad actual

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Cuánto tiempo lleva sucediendo este problema? ____dias; ____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	☐Si	☐No	Dolor abdominal	☐Si	☐No
Fiebre	☐Si	☐No	Estreñimiento	☐Si	☐No
Fatiga	☐Si	☐No	Náuseas / vómitos	☐Si	☐No
Piel			**Musculoesqueléticos**		
Moretones	☐Si	☐No	Dolor de espalda	☐Si	☐No
Comezón	☐Si	☐No	Dolor en las articulaciones	☐Si	☐No
Erupción	☐Si	☐No	Dolor muscular	☐Si	☐No
Cabeza y Cuello			**Neurológico**		
Dolor de cabeza	☐Si	☐No	Mareo	☐Si	☐No
Zumbido en el oído	☐Si	☐No	Convulsiones	☐Si	☐No
Congestión nasal	☐Si	☐No	Debilidad	☐Si	☐No
Pulmones			**Endocrino**		
Dificultad para respirar	☐Si	☐No	Cambios en el apetito	☐Si	☐No
Tos	☐Si	☐No	Sed excesiva	☐Si	☐No
Respira con dificultad	☐Si	☐No	Sofocos	☐Si	☐No
Cardiovascular			**Hematología**		
Dolor de pecho	☐Si	☐No	Coágulos de sangre	☐Si	☐No
Palpitaciones	☐Si	☐No	Inflamación de los Ganglios linfáticos	☐Si	☐No
			Sangrado prolongado	☐Si	☐No

Genitourinario Femenino –Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:

Sangre en la orina	☐Si	☐No	Vacilación	☐Si	☐No
Orinar por las noches	☐Si	☐No	Dolor pélvico	☐Si	☐No
Dolor en al onnar	☐Si	☐No	Dolor durante el coito	☐Si	☐No
Frecuencia	☐Si	☐No	Retención urinaria	☐Si	☐No
Inabilidad para aguantar la orina	☐Si	☐No	Infección del tractourinario	☐Si	☐No
Cambio en el flujo urinario	☐Si	☐No	Sangrado vaginal	☐Si	☐No
Dificultad para vaciar la vejiga	☐Si	☐No	Flujo vaginal	☐Si	☐No
Vaciamiento incompleto de la vejiga	☐Si	☐No	Sequedad vaginal	☐Si	☐No
Dolor en el flanco	☐Si	☐No	Picazón/ardor vaginal	☐Si	☐No

ADVANCED UROLOGY
CENTERS OF NEW YORK
A Division of Integrated Medical Professionals, PLLC

Nombre:_____ **Fecha de Nacimiento**:_____

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

Anemia ☐	Enfermedad de Crohn ☐	Hernia ☐
Artritis ☐	Depresión ☐	Presión alta ☐
Asma ☐	Diabetes ☐	Colesterol Alto ☐
Fibrilación auricular ☐	Diverticulitis ☐	VIH / SIDA ☐
Problemas de espalda ☐	ERGE ☐	Cálculos renales ☐
Trastorno de la coagulación ☐	Síndrome del Intestino Irritable ☐	Insuficiencia renal ☐
Cáncer ☐	Ataque del corazón ☐	Apnea del sueño ☐
Insuficiencia Cardiaca Congestiva ☐	Hemorroides ☐	Ataque fulminante ☐
Enfermedad de las Arterias Coronarias ☐	Hepatitis ☐	Enfermedad de la tiroides ☐
EPOC ☐		

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

_____

_____

_____

Haga una lista de Historial Médico no mencionados anteriormente :

_____

_____

_____

_____

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	☐	☐	☐	☐
Cáncer de seno	☐	☐	☐	☐
Cáncer de riñón	☐	☐	☐	☐
Cáncer de testículo	☐	☐	☐	☐
Otro cáncer - especificar:_____	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐
Ataque al corazón	☐	☐	☐	☐
Ataque fulminante	☐	☐	☐	☐
Presión alta	☐	☐	☐	☐
Cálculos Renales	☐	☐	☐	☐
Otro: _____	☐	☐	☐	☐

ADVANCED UROLOGY
CENTERS OF NEW YORK
A Division of Integrated Medical Professionals, PLLC

Nombre:_____ **Fecha de Nacimiento**:_____

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 empezo? _____	¿En qué año dejó de fumar?_____
¿Bebe alcohol?	☐Si	☐No	En caso afirmativo, ¿cuánto?__	¿Con qué frecuencia?_____
¿Usa 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

Embarazo / Historial de Nacimiento:

¿Alguna vez ha estado embarazada? ☐Si ☐No
¿Cuántos embarazos ha tenido?_____
¿Cuántos partos vaginales ha tenido?_____
¿Cuántas cesáreas ha tenido?_____
¿Es posible que actualmente está embarazada? ☐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 mamografia:_____ Último papsmear:_____ Último colonoscopia:_____	Altura actual:____' ____" Peso actual: ____ libras