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

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? ____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			
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 Masculino –Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:

Sangre en la orina	☐Si	☐No	Dolor al orinar	☐Si	☐No
Cambio en el flujourinario	☐Si	☐No	Lesiones en el pene	☐Si	☐No
Dolor en el flanco	☐Si	☐No	Masa en el testículo	☐Si	☐No
Frecuencia	☐Si	☐No	Dolor testicular	☐Si	☐No
Vacilación	☐Si	☐No	Secreción uretral	☐Si	☐No
Impotencia	☐Si	☐No	Urgencia	☐Si	☐No
Inabilidad para aguantar la orina	☐Si	☐No	Orinar por las noches	☐Si	☐No
Vaciamiento incompleto de la vejiga	☐Si	☐No			

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

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 orinas 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 ☐	Enfermedad de Crohn ☐	Presión alta ☐
Artritis ☐	Depresión ☐	Colesterol Alto ☐
Asma ☐	Diabetes ☐	VIH / SIDA ☐
Fibrilación auricular ☐	Diverticulitis ☐	Cálculos renales ☐
Problemas de espalda ☐	ERGE ☐	Prostatitis ☐
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 ☐	Hernia ☐	

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

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

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

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

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