

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### QUEJA PRINCIPAL

Razón por la visita \_\_\_\_\_

### PERMISO DE CONTACTO

#### Permiso de contacto médico

¿Hay alguien con quien tengamos permiso para contactar o compartir información médica en nombre del paciente?

Sí

No

El Paciente le da permiso al médico y al personal para divulgar información a (ingrese el nombre, apellido y relación):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

#### Confirmación HIPAA

¿Se puede divulgar información personal de salud con el contacto de emergencia del paciente?  Sí  No

#### Permiso Médico de Contacto

Ingrese el nombre y apellido de la persona de contacto de emergencia y la relación con usted

\_\_\_\_\_

Ingrese el número de teléfono principal del contacto de emergencia

\_\_\_\_\_

#### CONFIRMACIÓN DE ASILO DE ANCIANOS

¿Es usted residente en un asilo de ancianos, un centro de enfermería especializada o

participa con Chimes?  Asilo de ancianos  Centro de enfermería especializada

Chimes

Ninguno

#### REVISIÓN DE DE SISTEMAS

Seleccione los síntomas que le corresponden (General, Piel, HEENT, Respiratorio, Cardíaco)

Ni uno  Aumento de peso  Pérdida de Peso  Fátiga  Sarpullido

Perdida de audición  Tos frecuente  Falta de aliento  Sibilancias

Latidos Irregulares  Dolor de pecho  Tobillos/Pies Hinchados

Seleccione los síntomas que corresponden (Gastrointestinal, Musculoskeletal, Neurológico,

Endocrino, Hematología)  Ni uno  Dolor Abdominal  Náusea  Vómito  Dolor de hueso

Dolor Articular  Dolor Muscular  Mareo  Entumecimiento/Debilidad  Temblores  Sed

excesiva  Coágulos de sangre  Moretea Facilmente  Glándulas Inflamadas

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Para cada alergia, seleccione todos los siguientes síntomas que experimenta el paciente

	Dolor Abdominal	Anaphylaxis	Dolor Pecho	Diarrea	Difícil Respirar	Difícil Tragar	Picazón	Nausea Vómito	Hinchazón	Roncha	Otro
Ni uno											
Aspirina											
Cipro											
Codeina											
Tinte de Contraste											
Demerol											
Depakote											
Dilantin											
Doxycyclina											
Ibuprofeno											
Insulina											
Iodina											
Latex											
Levaquin											
Morphina											
Penicilina											
Alergias Estacionales											
Sulfa											
Tetracyclina											
Otro no en lista											

## HISTORIA MÉDICA PASADA

Tiene uno de los siguientes:

- AICD
  Marcapasos
  Ni uno

Condiciones médicas pasadas y actuales (por favor seleccione)

- Ni uno
  Agent Orange Exposición
  Ansiedad
  Artritis
  Asthma
  Fibrilación auricular
  Cancer Vejiga
  Infección Vejiga
  Trastornos de la coagulación
  Cancer de Mama
  Cataratas
  Dolor de espalda crónico
  Coágulos de sangre
  Desorden cardíaco
  Colitis
  Cancer Colon
  COPD
  Insuficiencia cardíaca congestive
  Enfermedad de la arteria coronaria
  Depresión
  Diabetes
  Dialysis
  Déficits en las actividades de la vida diaria
  Prostata Agrandada
  Endometriosis
  Disfuncion erectil
  Glaucoma
  Ataque al Corazón
  Enfermedad del Corazón
  Soplo cardíaco
  Hepatitis
  Presión Alta
  Colesterol Alto
  HIV/CIDA
  HPV
  Infertilidad
  Trastorno vascular isquémico
  Cancer Riñon
  Piedra en Riñon
  Enfermedad Riñon
  Lupus
  Prolapso de la válvula mitral
  Osteoporosis
  Cancer Ovarios
  Quiste Ovarios
  Vejiga hiperactiva
  Enfermedad Arterial Periférica
  Cancer Prostata
  Artritis Reumatoide
  Esclerodermia
  Trastorno convulsivo
  Anemia falciforme
  STD
  Apnea del sueño
  Derrame Cerebral
  Enfermedad de tiroides
  Cancer Testicular
  Testículo no descendido
  Fibras uterinas
  Colitis
  Lupus
  Esclerodermia
  Artritis Reumatoide
- Otro/No en lista \_\_\_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

### CIRUGÍAS

¿Selecciona alguna cirugía o procedimiento invasivo que el paciente haya realizado por otro proveedor fuera de Colorado Urology Associates? Por favor seleccione todas las respuestas válidas

- Ni uno    Appendectomía    Cirugía de Espalda    Bypass cardíaco    Stent cardíaco / cateterización  
 Cesárea    Cirugía de colon    Colonoscopia    Extirpación de la vesícula biliar    Bypass gástrico  
 Reparación de hernia    Reemplazo de cadera    Histerectomía    Cirugía de riñón    Transplante de riñón  
 Reemplazo de rodilla    Masectomía    Implante de Pene    Prostata Biopsia    Prostata Cirugía  
 Escroto / Cirugía de testículo    Tiroide Cirugía/Biopsia    Ligadura de Trompas    Vasectomía  
 Otro/No en lista \_\_\_\_\_

### HISTORIAL FAMILIAR

Seleccione lo que aplique

	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Abuela Materna	Abuelo Paterno
Ninguno								
Cancer Cervical								
Cancer Uterino								
Cancer de Mama								
Cancer de Ovario								
Cancer de Prostata								
Cancer Vejiga								
Cancer Colon								
Cancer Pancreática								
Cancer Renal								
Piedras de Riñones								
Insuficiencia Renal								
Historia familiar desconocida								

### HISTORIAL SOCIAL

Estado Civil:  Soltero    Casado    Separado    Divorciado    Vuido

Seleccione la opción que mejor describa el estado de fumador de los pacientes.

Diario    Ocasional    Fumador en el Pasado    Nunca fumado

**Actual Fumador** - ¿Cuántos cigarrillos fuma el paciente por día?

Menos de un paquete    1-2 paquetes    Mas de 2 paquetes

**Actual Fumador** - ¿Cuántos años lleva fumando el paciente?

Un año o menos    1-5 años    5-10 años    10 años o mas

**Fumador Pasado** - ¿Cuántos cigarrillos fumaba el paciente por día?

Menos de un paquete    1-2 paquetes    Mas de dos paquetes

**Fumador Pasado** - ¿Cuántos años fumó el Paciente?

Un año o menos    1-5 años    5-10 años    10 años o mas

En que año dejo de fumar \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia bebe alcohol el paciente?

- Diario     Semanal     Raramente     Nunca

¿Cuántas bebidas tienes por día?

- 4 bebidas o menos diarias                       5 bebidas o mas diarias

¿Cuántas bebidas tienes por episodio?

- 4 bebidas o menos por episodio                       5 bebidas o mas por episodio

¿Actualmente usa drogas recreativas?

- Si                       No

Seleccione las drogas usadas

- Cocaína     Heroína     Crack Cocaína     Downers (xanax, valium, etc)     Mariguana  
 IV Drogas     Uppers (meth, adderall, ritalin, etc)     Otro/No en la Lista

## EJERCICIO

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio el Paciente?

- Cero     Una     Dos     Tres     Cuatro     Cinco

## HIJOS

¿Tiene hijos?

- Si                       No

¿Cuantos hijos tiene? \_\_\_\_\_

## MEDICINAS

¿Está el paciente tomando algún medicamento, incluidas vitaminas y medicamentos de venta libre?

- Si                       No

Lista de medicamentos y dosis **Si tiene una lista de medicamentos, puede proporcionarla al personal de recepción en lugar de hacerlo**

Medicina	Dosis

## MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Se ha realizado una colonoscopia en los últimos 9 años?     Si                       No

Si el paciente se ha realizado una colonoscopia en los últimos 9 años, ¿en qué año fue? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón por la que el paciente no se ha realizado una colonoscopia?

- Colectomía total     Sigmoidoscopia Flex reciente     Oculto fecal reciente  
 Inconsciente de la necesidad     Otro