Willamette Urology – Forma Demográfica

La Fecha de Hoy ____/____/_____

Apellidos _____ ____ Nombre_____ Fecha de Nacimiento ____/____/_____
Número de seguridad social _____ Edad _____ Género____

Dirección del Hogar _____ Dirección Para Correos _____
Ciudad _____ Ciudad _____
Estado _____ Estado _____
Código Postal _____ Código Postal _____
E-mail: _____

Raza (Circulo): Blanco / Hispano / Afroamericano / Asiático / Nativo Americano / Hawaiano / Otra / Desconocida / Rechaza

Etnicidad (Circulo): No Hispano o Latino / Hispano o Latino / Rechaza Idioma Preferido: _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

Empleador Actual _____ Ocupación _____

Médico Que lo Refiere _____ Médico de Atención Primaria_____
Nombre
Farmacia Primaria _____ Farmacia Secundaria _____
Nombre Calle Nombre Calle

Persona Responsable: (Si diferente del paciente: Por ejemplo Guardián, Esposo/a)

NOMBRE LEGAL - Apellidos_____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Número de Seguro Social _____ Relación al Paciente_____
Dirección del Hogar_____ Ciudad_____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección Para Correos_____ Ciudad_____ Estado _____Código Postal _____
Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre de una persona que no vive con usted _____ Relación al Paciente_____
Dirección _____ Teléfono _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Nombre del Asegurado _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/_____
Compañía de Seguros _____ Relación al Paciente _____
Número de Miembro _____ Número de Grupo _____ Empleador _____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado_____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/_____
Compañía de Seguros _____ Relación al Paciente _____
Número de Miembro _____ Número de Grupo _____ Empleador_____

Willamette Urología - formulario de historia

La fecha de hoy: ____/____/_____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____

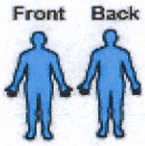
Queja principal: ¿Cuál es la razón principal de su visita hoy? (Describa su problema en detalle)

_____

_____

Historia de la enfermedad actual: Responda a las siguientes preguntas Altura _____ Peso _____

Ubicación del problema?
Abdomen Atrás Pierna
Otros: _____



En una escala de uno a diez con diez, siendo la más grave, círculo en el número que mejor describa el problema?
Uno 2 3 4 5 6 7 8 9 Diez

Cuando primero observará el problema?
hace dos días hace dos semanas hace un mes
Otros: _____

Hay algo que ayudar o empeorar el problema?
Moverse De pie Tumbado en mi lado
Otros: _____

¿Cuánto tiempo dura el último problema?
Treinta minutos Una hora Siempre está ahí
Otros: _____

Es otra cosa que ocurre al mismo tiempo? sí No
En caso afirmativo por favor explique: náusea /erupción /dolores de cabeza
Otros: _____

¿El problema es constante o variable?
Sordo a continuación aguda /Muy de repente se marcha /siempre hay
Otros: _____

¿Tiene problema de interferir con sus funciones normales? sí No
En caso afirmativo, explique: _____

_____

La historia social:

¿Está usted casado/a? ☐ solo/a ☐ casado/a ☐ divorciado/a ☐ viudo/a

¿Tiene hijos? No sí - número ____ **¿Está embarazada? sí No**

El consumo de tabaco? sí No ex
Tipo: masticación cigarro cigarrillos tubo
Cajas por día: _____

Consumo de alcohol? sí No
cantidad: _____
frecuencia: _____

uso de la cafeína? sí No
cantidad diaria: _____
Tipo

¿Sus creencias le permiten recibir sangre o productos sanguíneos (transfusión)? sí No

Historia Familiar: Por favor, compruebe todas las enfermedades graves en su familia inmediata (madre, padre, hermana, hermano):

- ☐ enfermedad de la sangre
- ☐ BPH (hipertrofia benigna de próstata)
- ☐ cáncer /tipo: _____
- ☐ Enfermedad de las Arterias Coronarias
- ☐ Diabetes
- ☐ Gota
- ☐ enfermedad del corazón
- ☐ hipertensión
- ☐ Enfermedad Inflamatoria del Intestino
- ☐ enfermedad renal
- ☐ Las migrañas
- ☐ Convulsiones
- ☐ carrera
- ☐ trastorno de la tiroides
- ☐ Infecciones del tracto urinario
- ☐ urolitiasis (piedras en el riñón)

Si miembro de la familia ha muerto, indicar la causa y la edad a la muerte:
madre _____
padre _____
hermana _____
hermano _____

Other: _____

Willamette Urology - Historial Médico Personal

La Fecha de Hoy: ____/____/_____

Apellidos: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

Historial Médico Anterior - Por favor, indique si usted o si alguna vez ha tenido cualquiera de las siguentes condiciones

Sí	EN GENERAL:
	VIH
	Alzheimer's
	Anemia
	Artritis ¿Tipo?
	Asma / Wheezing
	Cáncer ¿Tipo?
	Depresión
	Diabetes ¿Tipo?
	Emfisema / EPOC
	Gota
	Hepatitis ¿Tipo?

Sí	EN GENERAL:
	Enfermedad del Higado
	Trastorno Convulsivo
	Apnea del Sueño(circle) CPAP / BiPAP
	Problemas de Tiroides
	Úlceras
	SISTEMA GENITOURINARIO
	Dolor al orinar (Disuria)
	Sangre en la Orinar (Hematuria)
	Frecuencia Urinaria
	Enfermedades de los Riñones
	Cálculos Renales

Sí	SISTEMA CARDIOVASCULAR:
	Presión Arterial Elevada
	Dolor de Pecho (Angina)
	Ataque Cardíaco
	Insuficiencia Cardiaca Congestiva
	Soplo Cardíaco o Válvula de Trastorno
	Marcapasos ¿Tipo?
	Latido del Corazón Irregular
	Flebitis / Trombosis Venosa Profunda
	Hinchazón de los Tobillos (Edema)
	Fiebre Reumática
	Ataque Cerebral

Otros Historical Médico: _____

Lista de las cirugía pasadas y cuando se les ocurrió (por ejemplo: una vasectomia)

Cirugía: _____ Año: _____ Cirugía: _____ Año: _____

Cirugía: _____ Año: _____ Cirugía: _____ Año: _____

Sólo para uso médico: (Comentarios/Notas)

SINTOMAS - Por favor, indique si usted o si alguna vez ha tenido cualquiera de las siguentes condiciones

Sí	CONSTITUCIONAL:
	Fatiga
	Fiebre reciente (100 F o más)
	Disminución del Apetito
	Pérdida de Peso
	SISTEMA GASTROINTESTINAL:
	Dolor Abdominal
	El Estreñimiento
	Diarrea
	Vómito
	SISTEMA DERMATOLOGICO
	Sarpullido
	Comezón Persistente
	SISTEMA NEUROMATICO
	Vértigo
	Entumecimiento u Hormigueo

Sí	LA CABEZA:
	Pérdida de la Visión
	Secreción del Ojo
	Drenaje Nasal
	Pérdida Auditiva
	Secreción del Oído
	SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO
	Síntomas de Huesos/Articulación
	SISTEMA RESPIRATORIO
	Tos Frecuentes
	Dificultad Para Respirar
	HSISTEMA HEMATICO
	Sangrar Fácilmente
	Hematomas con Facilidad

Sí	SISTEMA REPRODUCTIVO
	Secreción Vaginal
	Calambres/Periodo Menstruales Doloroso
	Anormal/Prolongada Menstruación
	Secreción del Pene
	SISTEMA ENDOCRINO
	La Intolerancia al Frío
	La Intolerancia al Calor
	Sed Excesiva
	IMMUNOLOGIC/ALLERGIC:
	Rinitis Alergia
	Alergias a Alimentos
	HISTORIAL PSICOLOGICO
	Ansiedad
	Los Síntomas Psiquiátricos

Willamette Urology - Lista de Medicamentos y Alergias

La Fecha de Hoy: ____/____/_____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Alergias - Please list any medicine, food, environmental, latex or x-ray dye material allergies

☐ **Check here if you have NO KNOWN ALERGIAS**

_____

_____

_____

Medicamentos - Please list all medications you currently take. Attach another sheet if necessary

☐ **Check here if you are taking NO MEDICAMENTOS**

Medicamentos Recetados	Dosis (ejemplo: 20mg)	Frquencia (ejemplo: 1 un día)
Suplementos de Hierbas / Vitaminas (Por Ejemplo: Vitamina C)		Frecuencia (ejemplo: 1 un día)
Medicamentos Sin Receta (ejemplo:La Aspirina /El Tylenol)		Frequencia (ejemplo: 1 un día)