

Formulario de Historial del Paciente de Urología



Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Por favor, enumere intervenciones quirúrgicas anteriores.

Por favor, anote todos los medicamentos que está tomando actualmente.

Formulario de Historial del Paciente de Urología

Patient Label

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Remitido por _____

Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Soltero _____ Número de hijos _____

¿Cuáles son sus síntoma (problema) o síntomas principales actualmente? _____

Historial Urológico

SÍ NO

- ¿Infecciones del tracto urinario?
- ¿Piedras en el riñón o en la vejiga?
- ¿Sangre en la orina?
- ¿Pus en la orina?
- ¿Proteína en la orina?
- ¿Azúcar en la orina?
- ¿Incontinencia (pérdida de orina) o mojar la cama?
- ¿Radiografías de riñones?
- ¿Pruebas o procedimientos urológicos anteriores?
- Otros

Historial Médico Anterior (Por favor, marque con un círculo cualquiera de los siguientes si tiene/ha tenido la enfermedad.)

Anemia	Artritis	Asma o fiebre del heno	Enfermedad de huesos o articulaciones
Cáncer	Dolor en el pecho	Colitis	Diabetes
Difteria	Epilepsia	Glaucoma	Gonorrea o sífilis
Gota	Ataque cardiaco	Enfermedad cardiaca	Presión sanguínea alta
Urticaria o eczema	Ictericia	Enfermedad renal	Enfermedad hepática
Enfermedad pulmonar	Migrañas	Trastorno nervioso	Neumonía
Fiebre reumática	Reumatismo	Escarlatina	Viruela
Embolia	Tuberculosis		

Formulario de Historial del Paciente de Urología

¿Lesiones anteriores? _____

¿Hospitalizaciones? _____

¿Embarazos? (¿Cuántos?) _____

¿Se ha hecho recientemente un cardiograma o radiografía de caja torácica? _____

¿Hábitos? (tabaco, alcohol, café, otros) _____

Historial Familiar (¿Algún familiar que haya tenido las enfermedades siguientes?)

Cáncer _____

Diabetes _____

Enfermedad cardiaca _____

Piedras en el riñón _____

Tuberculosis _____

Otros _____