



Alok Desai, M.D. Pratik Desai, M.D. Nilay Gandhi, M.D. John Klein M.D. Inderjit Singh M.D.

REGISTRACION DE PACIENTE - MUJER

Nombre: _____ **DOB:** ____ / ____ / ____
Apellido Primer MI **SSN:** ____ - ____ - ____

Direccion de Casa: _____
Direccion de Calle No. de Apt Ciudad EstadoCodigo Postal

Tel de Casa: (____) ____ - ____ **Tel Celular:** (____) ____ - ____ **Tel de Trabajo:** (____) ____ - ____

Medico Primario: _____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo

Idioma: Espanol Otro _____ **Correo Electronico:** _____

Nombre de Empleo/o Escuela: _____
Direccion de Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Contacto de Emergencia: _____
Nombre Relacion Tel: (____) ____ - ____

Farmacia: _____
Nombre Direccion de Calle Ciudad Estado Tel: (____) ____ - ____

Raza: Indio Americano Asiatico Nativo de Hawaii o Pacifico African Americano Blanco Hispano Otro _____

Seguro Primario: _____

Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____
Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____ / ____ / ____
Numero de Seguro Social del Suscriptor: ____ - ____ - ____ Relacion a Paciente: _____
Empleo del Suscriptor: _____ Tel: (____) ____ - ____
Direccion del Suscriptor: _____
Direccion de Calle No. de Apt Ciudad EstadoCodigo Postal

Seguro Secundario: _____

Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____
Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____ / ____ / ____
Numero de Seguro Social del Suscriptor: ____ - ____ - ____ Relacion a Paciente: _____
Empleo del Suscriptor: _____ Tel: (____) ____ - ____
Direccion del Suscriptor: _____
Direccion de Calle No. de Apt Ciudad EstadoCodigo Postal

Como escucho de nosotros? Facebook Doctor que lo refiere _____
 Google Sitio de web
 Seguimiento del hospital referido de otro paciente
 Compania de seguro Yelp
 Doctor de cabecera _____ OTRO: _____

Nombre del Paciente: _____

Porque nos ve hoy: _____

MEDICAMENTOS:

Porfavor escriba medicinas recetadas a usted, medicamentos sin receta, y suplementos de vitamina que toma diario:

Esta usted tomando **Aspirina, Plavix**, o otra forma de **Anticoagulantes**? Si No

Porfavor indique alergias a medicatos: _____

Medicamentos	Fuerza/Dosis	# de veces que la toma

Si necesita mas espacio use pagina de MEDICACION (pagina 5)

HISTORIAL MEDICO

Porfavor **INDIQUE** cual de las siguientes condiciones tiene **USTED** presente o pasado:

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> CHF (fallo cardiaco) | <input type="checkbox"/> Ataque al corazon (MI) | <input type="checkbox"/> Testosterona baja | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula mitral | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> CAD (enfermedad de corazon) | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta (HTN) | <input type="checkbox"/> Infeccion deMRSA | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> BPH | <input type="checkbox"/> CVA (derame) | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular |
| <input type="checkbox"/> Cancer: | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Inflamacion intestinal (IBD) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | Otro: _____ |
| Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Irritacion intestinal (IBS) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Parkinson's | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chest pain | <input type="checkbox"/> GERD/Reflujo Acido alto | <input type="checkbox"/> Piedras en los Rinones | <input type="checkbox"/> Positivo PPD | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infec. urinaria | <input type="checkbox"/> Gota (acido urico alto) | <input type="checkbox"/> Enfermedades al Hgado | <input type="checkbox"/> Lesion ala medula espinal | _____ |
- chronica

HISTORIAL de CIRUGIAS :

Porfavor **INDIQUE** cirujias que **USTED** a tenido en el pasado y la fecha del procedimiento:

	ANO		ANO	SOLO HEMBRAS	ANO
<input type="checkbox"/> Adrenalectomia		<input type="checkbox"/> Reparo de Hernia		<input type="checkbox"/> Suspension de vejiga	
<input type="checkbox"/> Appendectomia		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Biopsia de ceno	
<input type="checkbox"/> Cirugia de espalda		<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Cesarea	
<input type="checkbox"/> Aumento de vejiga		<input type="checkbox"/> Laparoscopia		<input type="checkbox"/> Hystorectomia abd	
<input type="checkbox"/> Extirpacion de la vejiga		<input type="checkbox"/> Lithotripsia		<input type="checkbox"/> Mastectomia	
<input type="checkbox"/> CABG		<input type="checkbox"/> Biopsia de higado		<input type="checkbox"/> Honda vaginal	
<input type="checkbox"/> Colectomia		<input type="checkbox"/> Extirpacion de rinon		<input type="checkbox"/> TAH-BSO	
<input type="checkbox"/> Cirugia de colon		<input type="checkbox"/> Marca pasos		<input type="checkbox"/> Ligadura tubal	
<input type="checkbox"/> Cystoscopia		<input type="checkbox"/> Extirpacion percutenea de piedra		<input type="checkbox"/> Hysterectomia vag	
<input type="checkbox"/> ESWL		<input type="checkbox"/> Extirpacion de piedra a rinon			
<input type="checkbox"/> Vesicula		<input type="checkbox"/> Sonda de uretral		<input type="checkbox"/> ultimo ciclo de menstruacion	
<input type="checkbox"/> Bypass		OTRO:		<input type="checkbox"/> ultimo papnicolau corazon	
<input type="checkbox"/> Sonda del corazon					



Nombre del Paciente: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

	Con vida?	Edad	Cancer de vejiga	Cancer de rinon	Cancer de prostata	Piedras de rinon	Diabetes	Derame
Padre								
Madre								
Hermano								
Hermana								
Tio/Tia								
Abuelos								

HISTORIAL SOCIAL:

Fuma: Fumador corriente (Paquetes/dia: ____, # anos: ____) Fumador anterior (ano que paro ____) No es fumador

Uso recreacional de drogas: No Si (_____) Ejercicio : No Si (_____)

Cafeina: No Si (_____) Alcohol: No Si (_____)

Sexualmente activo: No Si Ocupacion: _____

REVISION DE SISTEMAS:

Porfavor indique si tiene problemas **AORITA** con los siguientes sistemas? Porfavor **CHEQUE** SI o NO.

Sistemas Constitucionales

Fiebre Si No
Escalofrios Si No
Dolor de Cabeza Si No
Aumento/Perdida de Peso Si No

Cardio vascular

Dolor de el Pecho Si No
Venas Varicosas Si No
Presion Alta Si No
Presion Baja Si No

Respiratorio

Respira con dificultad Si No
Tos Frecuente Si No
Falta de aliento Si No

Endocrino

Sed Excesiva Si No
Muy caliente o frio Si No
Cansado/Lento Si No
Otro: _____

Oido/Nariz/Garganta/Boca

Infeccion de Oido Si No
Dolor de garganta Si No
Sinusitis Si No
Otro: _____

Ginecologia

Flujo Menstrual Fuerte Si No
Flujo Menstrual irregular Si No
Menopausia Si No
Terapia hormonal Si No

Integumentario

Erupcion en la piel Si No
Forunculos Si No
Persistente Erupcion Si No
Otro: _____

Historia Sexual

Sexualmente activo Si No
Tiene dolor durante relaciones Si No
Orina durante relaciones Si No

Neurologico

Temblores Si No
Mareos Si No
Adormecimiento Si No
Dolor de cabeza Si No

Gastrointestinal

Dolor abdominal Si No
Vomito y nauseas Si No
Indigestion Si No
Ardor de estomago Si No
Estrenimiento Si No
IBS Si No
Diarrea Si No
Desangrado rectal Si No
Otro: _____

Hematatologico/Linfatico

Glandulas inflamadas Si No
Problemas de coagulacion de sangre Si No
Pulmonaria Embolismo Si No
Anemia Si No
VIH/SIDA Si No
Otro: _____

Ojos

Vision borrosa Si No
Furunculos Si No
Erupcion en los ojos Si No
Otro: _____

Nombre del Paciente: _____

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA FEMENINA

Cuales son los sintomas que la describen a usted ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia de orinacion (dia, noche, los dos) | <input type="checkbox"/> Goteo con estomudar/tocer/ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Fuerte urgencia de orinar | <input type="checkbox"/> Incapaz de vaciar la vejiga completa |
| <input type="checkbox"/> Goteo con urgencia o sin advertencia (Incapaz de llegar al baño a tiempo) | <input type="checkbox"/> Infecciones urinaria frecuentes (UTI) |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal o estreñimiento | <input type="checkbox"/> Nunguno describe mis sintomas |

Cuanto tiempo lleva con estos sintomas? _____ meses O _____ años

A tratado medicamentos para sus sintomas? SI NO

Si , porfavor indique cual medicamento a tratado:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Detrol LA | <input type="checkbox"/> Ditropan XL | <input type="checkbox"/> Flomax | <input type="checkbox"/> Cardura |
| <input type="checkbox"/> Oxytrol patch | <input type="checkbox"/> Enablex | <input type="checkbox"/> VESIcare | <input type="checkbox"/> DDAVP |
| <input type="checkbox"/> Sanctura | <input type="checkbox"/> Elavil | <input type="checkbox"/> Elmiron | <input type="checkbox"/> Myrbetriq |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Estos medicamento ayudaron sus sintomas?

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | 50% | | | | | Curada |

Si paro sus medicamento porque fue? No funciono Eran caros Efectos secundarios

Si tuvo efectos secundarios describa to sucedido: _____

Modificaciones de comportamiento que a tratado: _____
(i.e., consumo de cafeina, cambios de estilo de vida,entrenamiento de la vejiga, entrenamiento de los músculos del suelo pélvico)

?Cual es su nivel de frustracion con sus sintomas urinarios?

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | 50% | | | | | Mucho |

