

Memorial Hermann Medical Group

Antecedentes médicos de paciente nuevo: urología

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de su visita: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Dirección del médico de atención primaria: _____

Fax del médico de atención primaria: _____

¿Tiene un cardiólogo? No Sí Nombre del cardiólogo: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Marque cualquier afección presente en su familia.

AFECCIÓN	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	OTROS
Trastorno sanguíneo o de coagulación					
Cáncer (¿qué tipo?)					
Diabetes					
Depresión					
Ataque cardíaco (¿a qué edad?)					
Hipertensión					
Colesterol elevado					
Enfermedad renal					
Accidente cerebrovascular					
Otros					

ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES

Marque todas las afecciones que correspondan.

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (¿a qué edad?) _____ | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo o de coagulación | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas (arterias bloqueadas) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

**MEMORIAL
HERMANN**

New Patient Medical
History - Urology



Memorial Hermann Medical Group
Antecedentes médicos de paciente nuevo: urología

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Enumere todas las intervenciones quirúrgicas a las que se haya sometido.	Fecha

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Se ha realizado estas pruebas?	Si la respuesta es sí, indique la fecha (mes/día/año) y los resultados.	No
Prueba de densidad ósea		
Prueba de detección de cáncer de colon		
o colonoscopia		
o prueba inmunoquímica fecal (FIT-ADN) (por ejemplo: Cologuard)		
o análisis de sangre oculta en la materia fecal (FOBT) (por ejemplo: Hemoccult Sensa)		
u otra: mencione nombre de la prueba		
Examen de ojo diabético		
Mamografía		
Citología vaginal		
Antígeno Prostático Específico (APE)		

**MEMORIAL
HERMANN**

New Patient Medical
History - Urology



Memorial Hermann Medical Group

Antecedentes médicos de paciente nuevo: urología

ANTECEDENTES SOCIALES

Consumo de tabaco: Actual todos los días Actual algunos días Anteriormente Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Exposición al tabaco: Ninguna En el trabajo En la casa

Si es un fumador actual o antiguo, ¿ha fumado en el último año? Sí No

Consumo de alcohol: Actualmente Anteriormente Nunca

Tipo (si corresponde): Cerveza Vino Licor

Frecuencia: De 1 a 2 veces por año De 1 a 2 veces por mes De 1 a 2 veces por semana De 3 a 5 veces por semana
 A diario 2 veces al día

Abuso de sustancias: Actualmente Anteriormente Nunca

Tipo (si corresponde): _____

¿Alguna vez ha estado embarazada? N/A No Sí

Si la respuesta es afirmativa, indique los embarazos aquí:

AÑO	PARTO: VAGINAL, CESÁREA, PÉRDIDA DEL EMBARAZO, ETC.

¿Tuvo alguna complicación durante los embarazos? N/A No Sí

En caso afirmativo, describa: _____



