TAMPA BAY NEPHROLOGY ASSOCIATES, P.L.

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO PARA PACIENTES NUEVOS (FECHA: ______)

Nombre (Apellido Primer nombre.):	,					□м	□ F	FDN:				
Estado marital:	☐ Solter	0 🗆 (Casado I	□ Separado	☐ Divorcia	ido	□ Viudo					
Referido por:	'				Fecha del ul medico:	timo ex	amen					
Medicos participa cuidado:												
Nos da permiso p	Nos da permiso para discutir su cuidado medico a otro miembro de su familia?											
Nombre de los familiares:												
HISTORIAL MEDICO PERSONAL												
Enfermedades de ninez:		Sarampion	□ Paperas	□ Rubiola	□ Varicela	□ Fiebre	e reumatica	ı □ Poli	0 🗆 0	tra		
Fechas de sus	I	etano			□ Neumonia			□ Virus	Papiloma			
Immunizaciones:	□Н	☐ Hepatitis ☐ Varicela										
	□ I	nfluenza			☐ Sarampion							
□ Covid-19 Vaccine □ Yes or □ No												
	Pfizer fecha	a (m/d/yr)	1 st	2nd	l	Bo	oster					
	Moderna fe	cha (m/d/y	r) 1 st	2nd	d b	Bo	oster					
Johnson & Johnson fecha												
	Other Covi	d-19 vaccine	e (nombre/fe	cha)								
Nombre el histo	rial medic	o de acue	erdo a sus	doctores:								
Cirugias:												
Ano Razo	Razon					Hospital						
Otras hospitaliz	aciones											
Ano Razon Hospital												
7410 14020	<u>'</u>							Поэрна				
Ha tenido alguna	vez tranfus	iones de s	angre?							Si		No
Ha tenido alguna vez tranfusiones de sangre? Ha tenido alguna vez falla renal?							Si		No			
Ha estado alguna vez en dialysis?							Si		No			
Ha tenido alguna vez algun transplante de organos? Lugar? Fecha?							Si		No			
Ha tenido alguna vez sangre en la orina?							Si		No			
Ha tenido alguna vez piedras en el rinon?												
Ha tenido alguna	vez piearas	en ei rino	n?							Si		No

Apellido, Nombre ______ FDN: _____

Lista de sus n	nedicamento	s incluye	endo vitaminas, inhala	adores y otros o	btenid	os sin re	ceta medic	a:							
Nombre del medicamento			,	Dosis (miligramos/ microgramos)				Frecuencia							
Nombre del medicamento			Dosis (miligramos) i	microgramos)		Trecuci									
Allergias y rea	acciones		I												
Allergias y rec	acciones														
		HADI	TOC DE CALUD	V CECUPID	4 B BI	-000									
		HAB	ITOS DE SALUD	Y SEGURIDA	AD PI	ERSON	IAL								
Ejercicios	☐ Sedentario	inar 3 cua	cuadras, golf)												
	☐ Ejercicio vigoroso ocasionalmente (menos de 4x/semana por 30 min) ☐ Ejercicio vigoroso regularmente (4x/														
Dieta	Esta usted a d								Si		No				
	Si lo esta, su o		Si		No										
	# de comidas														
	Cuanta sal cor		☐ Contenido alto	☐ Contenido medio		☐ Conteni									
	Cuanta grasa	consume	☐ Contenido alto	☐ Contenido medi	-	□ Conteni									
Cafeina	□ Nada		□ Cafe	□ Те		□ Colas	(#	tazas/lata	s por	dia)					
Alcohol	Consume alcohol? Esta preocupado por la cantidad de alcohol que Ud. consume?										No				
	Esta preocupado por la cantidad de alcohol que Ud. consume?										No				
	A considerado	•							Si		No				
Tabaco									Si		No				
	☐ Cigarrillos – #paquetes/dia? ☐ mastica Tabaco? ☐ Pipa - #/dia ☐ numero de anos ☐ ano que paro de fumar										a				
	□ numero de		Si												
Drogas	Ud. Consume drogas recreacionales? Alguna vez se ha injectado drogas?										No				
Relaciones	Es Ud. Sexualı Si lo es, esta t		Si Si		No No										
sexuales	Si no quiere es		31		INO										
	· ·		Si		No										
	Usted usa drogas intravenosamente, o drogas ilicitas o Ud. Practica relaciones sexuales sin proteccion? Ud. Vive sol@?								Si		No				
Seguridad personal	Ud. Sufre de d		Si		No										
	Esta experimentando perdida de la vista o del oido?										No				
	Tiene Ud. Alguna clase de testamento?										No				
	Ud. usa una caminadora o silla de ruedas en su casa?										No				
			HISTORIAL MEI	DICO DE SU	FAM:	ILIA									
	EDAD	PROBLEMA	AS DE SALUD SIGNIFICATIVAS	5	Е	DAD	PROBLEMAS [DE SALUD S	SIGNIF	ICATI\	VAS				
D- d				Hij@s	□М										
Padre				IIIJ@S	□F										
Madre					□М										
Maure					□F										
Hijos															
	□ M			Abuela											
				Maternal											
	_ M			Abuelo											
	□F			Maternal											
	□ M			Abuela											
	□ F			Paternal											
				Abuelo Paternal											
					1										

CALUD MENTAL									
	SALUD MENT	AL			1.	1 —			
Es su estres un problema grande para Ud.?					Si		No		
Tiene Ud. algun problema con su apetito?				무	Si		No		
Tiene Ud. problemas tratando de dormir?					Si		No		
	SECCION PARA M	UJERES							
Fecha de su ultimo ciclo menstrual (periodo)									
Flujos pesados, irregularidades, manchas, dolor, o	descarga?				Si		No		
Numero de embarazos Numero de nacimie					01		110		
Esta embarazada o lactando?	()				Si		No		
Ha tenido Ud. Dilatacion/Raspado, histerectomia,			Si		No				
Alguna infeccion urinaria, de la vejiga, o del rinon					Si		No		
Sangre en la orina o hematuria?					Si		No		
Algun problema controlando la orina?					Si		No		
Sofocos o sudores en la noche?					Si		No		
Tiene Ud. tension menstrual, dolor, hinchazon, irri	abilidad, o otros sintomas al acer	carse su ciclo menstr	ual?		Si		No		
Fecha de su ultima mammografia y resultados?									
Fecha de su ultima colonoscopia y resultados?									
	SECCION PARA HO	DMBRES							
Ud. usualmente se levanta en la noche para orina	?				Si		No		
Cuantas veces?									
Siente dolor o ardor al orinar?					Si		No		
Ha visto sangre en su orina?					Si		No		
Siente descarga ardiente del pene?					Si		No		
Ud piensa que ha disminuido la fuerza de volume					Si		No		
Alguna infeccion urinaria, de la prostata, o de la vejiga en el cabo de un ano?							No		
Tiene algun problema vaceando su vejiga completamente?							No		
Tiene alguna dificultad con erecciones o eyaculaciones?							No		
Algun dolor o hinchazon en los testiculos? Fecha de la ultima examinacion de la prostata y examen rectal?							No No		
Fecha de la ultima colonoscopia y resultados?	amen rectar:				Si		140		
Techa de la altina colonoscopia y resultados.									
	OTROS PROBLE	EMAS							
Marque si Ud. tiene o ha tenido algunos de e	stos sintomas en las siguiente	es areas y especifiq	ue brevemente la gra	veda	ad.				
□ Piel	□ Pecho/Corazon		Cambios recientes en:						
□ Cabeza/Cuello	□ Espalda		Peso						
□ Orejas	□ Intestinos		Niveles de Energia						
□ Nariz	□ Vejiga		Abilidad de dormir						
☐ Garganta	□ Recto		☐ Otro dolor/malestar:						
□ Pulmones	□ Circulacion								
Por favor de mas informacion de lo marcado anter	iormente								
2021-08-24 AC/PB			©Tampa Bay Nep	hrolo	gy Asso	ciates			

Apellido, Nombre _____ FDN: ____ Page 3 of 3