

TAMPA BAY NEPHROLOGY ASSOCIATES, P.L.

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

Nombre (<i>Apellido, Primer nombre</i>):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FDN:	
Estado marital:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Referido por:		Fecha del ultimo examen medico:		
Medicos participantes en su cuidado:				
Nos da permiso para discutir su cuidado medico a otro miembro de su familia?				
Nombre de los familiares:				

HISTORIAL MEDICO PERSONAL

Enfermedades de ninez:	<input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubiola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Otra			
Fechas de sus Inmunizaciones:	<input type="checkbox"/> Tetano	<input type="checkbox"/> Neumonia	<input type="checkbox"/> Virus Papiloma	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Sarampion	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Covid-19 Vaccine <input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No Pfizer fecha (m/d/yr) 1 st _____ 2 nd _____ Booster _____ Moderna fecha (m/d/yr) 1 st _____ 2 nd _____ Booster _____ Johnson & Johnson fecha _____ Other Covid-19 vaccine (nombre/fecha) _____				

Nombre el historial medico de acuerdo a sus doctores:

Cirugias:

Año	Razon	Hospital

Otras hospitalizaciones

Año	Razon	Hospital

Ha tenido alguna vez tranfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido alguna vez falla renal?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha estado alguna vez en dialysis?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido alguna vez algun transplante de organos? Lugar? Fecha?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido alguna vez sangre en la orina?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido alguna vez piedras en el rinon?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido alguna vez gota?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

SALUD MENTAL

Es su estres un problema grande para Ud.?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene Ud. algun problema con su apetito?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene Ud. problemas tratando de dormir?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

SECCION PARA MUJERES

Fecha de su ultimo ciclo menstrual (periodo)				
Flujos pesados, irregularidades, manchas, dolor, o descarga?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Numero de embarazos _____ Numero de nacimientos (vivos) _____				
Esta embarazada o lactando?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha tenido Ud. Dilatacion/Raspado, histerectomia, or Cesarea?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Alguna infeccion urinaria, de la vejiga, o del rinon en el cabo de un ano?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Sangre en la orina o hematuria?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Algun problema controlando la orina?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Sofocos o sudores en la noche?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene Ud. tension menstrual, dolor, hinchazon, irritabilidad, o otros sintomas al acercarse su ciclo menstrual?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Fecha de su ultima mammografia y resultados?				
Fecha de su ultima colonoscopia y resultados?				

SECCION PARA HOMBRES

Ud. usualmente se levanta en la noche para orinar?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Cuantas veces? _____				
Siente dolor o ardor al orinar?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ha visto sangre en su orina?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Siente descarga ardiente del pene?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ud piensa que ha disminuido la fuerza de volume al orinar?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Alguna infeccion urinaria, de la prostata, o de la vejiga en el cabo de un ano?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene algun problema vaceando su vejiga completamente?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tiene alguna dificultad con erecciones o eyaculaciones?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Algun dolor o hinchazon en los testiculos?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Fecha de la ultima examinacion de la prostata y examen rectal?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Fecha de la ultima colonoscopia y resultados?				

OTROS PROBLEMAS

Marque si Ud. tiene o ha tenido algunos de estos sintomas en las siguientes areas y especifique brevemente la gravedad.

<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Pecho/Corazon	<input type="checkbox"/> Cambios recientes en:
<input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Peso
<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Intestinos	<input type="checkbox"/> Niveles de Energia
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Abilidad de dormir
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Recto	<input type="checkbox"/> Otro dolor/malestar:
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Circulacion	

Por favor de mas informacion de lo marcado anteriormente