

MEDICAL HISTORY FORM – FORMA DE HISTORIAL MEDICO

UROLOGY GROUP OF SOUTHERN CALIFORNIA

Please Print – Favor usar letra de molde

PATIENT INFORMATION – INFORMACION DEL PACIENTE

Date – Fecha: _____

Patient Name – Nombre del Paciente _____
Last – Apellido First – Nombre Middle Initial - Inicial

Home Address - Direccion de Casa _____ Phone – Teléfono _____

City – Ciudad _____ Email - Correo Electrónico _____

State – Estado _____ Zip _____

Date of Birth – Fecha de Nacimiento: _____ Age- Edad: _____

Preferred Pharmacy – Farmacia Preferida: _____ Phone: _____

Name of Primary Care Doctor – Doctor Principal: _____ Phone: _____

ALLERGIES TO MEDICINES – ALERGIAS A LAS MEDICINAS

Do you have allergies to any medicines? – Usted tiene alergia a las medicinas? Yes _____ No _____

MEDICAL PROBLEMS – PROBLEMAS MEDICOS

Do you or a family member (blood relative) have any of these problems? – Usted o un miembro de la familia (relativo por sangre) tiene caulesquiera de estos problemas?

	You - <u>Usted</u>	Family - Familia		You - <u>Usted</u>	Family - Familia
Asthma – Asma:	_____	_____	Anemia:	_____	_____
Arthritis – Artritis:	_____	_____	Bleeding – Sangrado:	_____	_____
Cancer:	_____	_____	Diabetes:	_____	_____
Hypertension – Tencion Alta	_____	_____	Stroke:	_____	_____
Kidney Disease – Enfermadad de Rinon:	_____	_____	Other – Otro: _____	_____	_____
Heart Disease – Enfermadad Cardiaca:	_____	_____			

I stopped smoking _____ Years ago after smoking _____ Packs per day for _____ years –
Pare el fumar hace _____ anos despues de fumar _____ paquetes por el dia por _____ anos

I still smoke _____ packs per day. Fumo _____ paquetes por dia.

I drink _____ alcoholic drinks per week. Bebo _____ bebidas del alcohol por semana.

Do you take any street drugs? – Usted use drogas de la calle? Yes _____ No _____

MEDICINES – MEDICINAS

List medicines you are taking, including over-the-counter drugs & herbal preparations. – Escribe las medicinas que usted esta tomando incluyendo las drogas sin receta y las preparacione de hierbas.

Patient Name – Nombre del Paciente _____ Date – Fecha _____

Last – Apellido

First – Nombre

Middle Initial – Inicial

SURGERIES – CIRUGIA

Have you had any surgeries in your lifetime? – A tenido usted cualquier cirugía en el curso de su vida?

Which problems below do you currently have?

¿Qué problemas continuación tienes?

Bloody urine	Sangre en la orina	
Abdominal pain	Dolor abdominal	
Allergy to adhesive	Alergia a la adhesive	
Allergy to lidocaine	Alergia a la lidocaine	
Allergy to topical antibiotic ointments	Alergia a los ungüentos antibióticos tópicos	
Blood thinners	Anticoagulantes	
MRSA	MRSA	
Rash	Erupción	
Problems with bleeding	Problemas de sangrado	
Problems with healing	Problemas con la cicatrización	
Artificial heart valve	válvula de corazón artificial	
Artificial joints within past two years	Las articulaciones artificiales dentro de los dos últimos años	
Defibrillator	Desfibrilador	
Pacemaker	Marcapasos	
Premedication prior to procedures	La premedicación antes de los procedimientos	
Rapid heartbeat with epinephrine	Latido del corazón rápido con epinefrina	
Pregnancy or planning a pregnancy	El embarazo o planea un embarazo	
Problems with scarring (hypertrophic or keloid)	Problemas con cicatrices (hipertrófica o queloide)	
Immunosuppression	La inmunosupresión	
Chest pain	Dolor de pecho	
Fever or chills	Fiebre o escalofríos	
Night sweats	Sudores nocturnos	
Unintentional weight loss	Pérdida de peso involuntaria	
Thyroid problems	Los problemas de tiroides	
Bloody stool	Heces con sangre	
Neck stiffness	Rigidez en el cuello	
Headaches	Los dolores de cabeza	
Seizures	Convulsiones	
Cough	Tos	
Shortness of breath	Dificultad para respirar	
Wheezing	Sibilancias	

BRIEFLY DESCRIBE WHY YOU ARE HERE. - BREVEMENTE, PORQUE ESTA USTED AQUI?
