

Loma Linda University Urology Medical Group
Formulario de la historia médica socio-familiar (página 1)

Razón de la visita hoy: _____ **Edad:** _____

Nombre del médico que lo/la recomendó: _____ **N° de FAX del médico:** _____

Past Medical History							
Sarampión	Si	No	Enfisema (COPD)	Si	No		
Paperas	Si	No	Asma	Si	No		
Trastornos neurológicos	Si	No	Hepatitis o ictericia	Si	No		
Meningitis	Si	No	Derrame cerebral	Si	No		
Tuberculosis (Tb)	Si	No	Problemas con la tiroides	Si	No		
Fiebre reumática	Si	No	Lesiones graves	Si	No		
Tendencia a sangrar	Si	No	Problemas psicológicos	Si	No		
Diabetes	Si	No	VIH (SIDA)	Si	No		
Alta presión sanguínea	Si	No	Cáncer de la próstata	Si	No		
Gota	Si	No	Cáncer del riñón	Si	No		
Glaucoma	Si	No	Cáncer de la vejiga	Si	No		
Ataques al corazón	Si	No	Cáncer del testículo	Si	No		
Soplo cardíaco	Si	No	Cáncer del cérvix	Si	No		
Angina (dolor en el pecho)	Si	No	Other Cancers/Problems:	_____			

Cirugías									
Amigdalas	Si	No	Año _____	Razón _____	Circuncisión	Si	No	Año _____	Razón _____
Apéndice	Si	No	Año _____	Razón _____	Vasectomía	Si	No	Año _____	Razón _____
Vesícula biliar	Si	No	Año _____	Razón _____	Pene	Si	No	Año _____	Razón _____
Estómago	Si	No	Año _____	Razón _____	Próstata	Si	No	Año _____	Razón _____
Seno	Si	No	Año _____	Razón _____	Riñón	Si	No	Año _____	Razón _____
Utero	Si	No	Año _____	Razón _____	Vejiga	Si	No	Año _____	Razón _____
Ovario	Si	No	Año _____	Razón _____	Testículo	Si	No	Año _____	Razón _____
Hernia	Si	No	Año _____	Razón _____	Other:	_____			
Tiroides	Si	No	Año _____	Razón _____		_____			
Corazón	Si	No	Año _____	Razón _____		_____			
Pulmón	Si	No	Año _____	Razón _____		_____			
Hemorroides	Si	No	Año _____	Razón _____		_____			

MEDICINAS / MEDICAMENTOS (que toma habitualmente)	Dosis	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALERGIAS (Nombre de la medicina y la reacción):

Ninguna alergia conocida



DEPARTMENT OF UROLOGY
PAST, FAMILY/SOCIAL HISTORY FORM

PATIENT IDENTIFICATION

Last Name: _____

First Name: _____

MR# or Birthdate: _____

Today's Date: _____

Loma Linda University Urology Medical Group
Formulario de la historia médica socio-familiar (página 2)

Hábitos / Historia social

Tabaco: No _____ Cajas por día Año que comenzó: _____ Año que dejó: _____
 Alcohol: None Tipo: _____ ¿Cuánto? _____
 Estado civil: Soltero(a) Casador(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Ocupación: _____

Historia médica de la familia	Relación familiar	Cáncer de la próstata	Si	No	_____
Tuberculosis (Tb)	Si No _____	Cáncer del riñón	Si	No	_____
Tendencia a sangrar	Si No _____	Cáncer de la vejiga	Si	No	_____
Diabetes	Si No _____	Cáncer del testículo	Si	No	_____
Alta presión sanguínea	Si No _____	Cáncer del cérvix	Si	No	_____
Derrame cerebral	Si No _____	Otro cáncer: _____			
Enfermedad del corazón	Si No _____	Otro problemas: _____			
Enfermedad / Insuficiencia renal	Si No _____				
Alergias severas	Si No _____				

Repaso de sistemas (Indique con un circulo "Si" o "No")

<p>Problemas constitucionales: Fiebre / escalofríos Si No _____ Fatiga Si No _____ Cambio marcado de peso Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas de la vista: Vista reducida Si No _____ Vista doble Si No _____ Dolor en los ojos Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas neurológicos: Dolor de cabeza Si No _____ Entumecimiento / hormigueo Si No _____ Ataques repentinos Si No _____ Desmayos Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas endocrinos (de glándulas): Sed excesiva Si No _____ Demasiado calor o frío Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas gastrointestinales (GI): Estreñimiento Si No _____ Indigestión Si No _____ Náuseas / vómitos Si No _____ Dolor abdominal Si No _____ Sangre en las heces fecales Si No _____ Heces negras como alquitrán Si No _____ Hemorroides Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas cardíacos (de corazón): Ataque al corazón Si No _____ Dolor de pecho / angina Si No _____ Palpitaciones Si No _____ Hinchazón de tobillos Si No _____ Alta presión sanguínea Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas de la piel: Erupciones frecuentes Si No _____ Forúnculos / infecciones Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas musculoesqueléticos: Dolor de espalda Si No _____ Cuello tics o dolor de cuello Si No _____ Hinchazón de cuello Si No _____ Dolor en las articulaciones Si No _____ Otro: _____</p>	<p>Problemas de oide / nariz / garganta: Zumbido en los oídos Si No _____ Pérdida de audición Si No _____ Pérdida del olfato Si No _____ Sangrado de la nariz Si No _____ Ronquera Si No _____ Problemas dentales Si No _____ Dolor de garganta Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas pulmonares (respiración): Jadeo Si No _____ Tos Si No _____ Falta de aire Si No _____ Falta de aire al acostarse Si No _____ Falta de aire al hacer ejercicio Si No _____ Producción excesiva de esputo Si No _____ ¿Cuántas almohadas usa para dormir? _____ Otro: _____</p> <p>Problemas hemo / linfáticos: Transfusiones de sangre Si No _____ Problemas de coagulación Si No _____ Glándulas hinchadas Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas psiquiátricos: Depresión Si No _____ Ansiedad Si No _____ Otro: _____</p> <p>Alergias: Fiebre del heno Si No _____ Alergia a medicinas Si No _____ Otro: _____</p> <p>Senos (si es apropiado): Secreción Si No _____ Bultos Si No _____ Dolor Si No _____ Otro: _____</p> <p>Problemas ginecológicos (si es apropiado): Secreción vaginal Si No _____ Última menstruación _____ Último examen de Papanicolaou _____ Edad que comenzó la menstruación _____ Intervalos entre menstruaciones _____ Embarazos _____ Partos _____</p> <p>GU: Ver historia de enfermedades actuales</p>
---	--

Firma del médico

Fecha

Duane Baldwin, M.D.
 Gary Barker, M.D.
 H. Roger Hadley, M.D.

Noel Hui, M.D.
 Paul Lui, M.D.
 Herbert Ruckle, M.D.

Kristin Sanderson, M.D. M.P.H.
 Steven Stewart, M.D.
 Shannon Oien, N.P.

Karen Uyemura, N.P.