



PREMIER *medical group*

PREMIERMEDICALHV.COM

Phone: (845)437-5000 Fax: (845)452-4314

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

Cual es el motivo de su visita a nuestra oficina Urologica? _____

Cuales son sus sintomas actuales? _____

Usted fue referido a nuestros medicos por otro medico? SI NO

En caso afirmativo, quien le remitio? _____

Telefono: _____ Fax: _____

Ha tenido alguna prueba mas reciente? (Analisis de sangre / TAC / Radiografis / Ultrasonidos)

SI NO En caso afirmativo, donde y cuando se hizo el examen? _____

MEDICINAS

NOMBRE DE MEDICAMENTO

DOSIS

CON QUE FRECUENCIA SE LAS TOMA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS	CON QUE FRECUENCIA SE LAS TOMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tiene algun de alergia al Latex, Yodo, Contraste IV, Tintes? _____

Tiene alergias a algun medicamento? SI NO Encaso afirmativo, indique los medicamentos. Si necesita espacio adicional, utilice la parte trasera de esta document o adjuntar una lista. _____

HISTORIA CLINICA GENERAL

Alguna vez ha sido diagnosticado con cualquier problema de salud, condiciones o han tenido su anterior las cuestiones medicas? _____

Alguna vez ha tenido operaciones quirurgicas? (En caso afirmativo, por favor escribe al ano y por favored incluir cirugias de infancia, si existen

Cualquier inmediato antecedents familiars (padres, abuelos, hermanos) de Cancer de la Vejiga, Cancer de rinon, Cancer de la Prostata or Piedras en los Rinones? SI NO

En caso afirmativo, sirvase indicar que tienen y que miembro de la familia tenia el problema.

Viven sus padres? SI NO En caso afirmativo, tienen algun problema medico importante? Por favor, explique: _____

Si sus padres han fallecido, por favor indique la causa del la muerte y su eded en el momento de su muerte? _____

Consumo alcohol? SI NO En caso afirmativo, con que frecuencia? _____

Cuanto? _____ Actualmente usan cualquier drog ilicita? SI NO

En caso afirmativo, que tipo de drogas usas y cuanto duro el uso? _____

Utilizo alguna droga ilegal en el pasado? SI NO En caso afirmativo, por cuantos anos? _____

y que tipo de drogas usas y cuando fue la ultima vez que se las tomo? _____

CONSUMO DE TABACO

Utiliza algun tipo de product de Tabaco? SI NO En caso afirmativo, por cuantos anos? _____

Que product usa? (Marque las que correspondan)

Cigarillos

Pipa

Cigarros

Tabaco de mascar

Con que frecuencia utiliza productos de Tabaco? _____

Si lo hace, o fumaba, cuantos paquetes por dia? _____

Si usted es un ex fumador, cuando dejo de fumar? _____

Tienes un historial de entermedades de transmission sexuales? SI NO En caso afirmativo, cual es o era la enfermedad de transmission sexual tiene o tenia? _____

Cuando se le diagnostic? _____

SOLO PARA HOMBRES:

Esta tomando algun medicamento del crecimiento de cabello (por via oral or topical)? SI NO

En caso afirmativo, cual es el nombre del medicamento? _____

Toma algun suplemento de salud de la prostate ya sea prescrito por otro medico o por su cuenta?

SI NO en caso afirmativo, cual es el nombre del suplemento? _____

SOLO PARA MUJERES:

Ha tenido partos vaginales o Cesaria? _____

Cuando fue su ultima mamografia? _____ Prueba de Papanicolao? _____

INFORMACION GENERAL

Tiene usted una directiva anticipada de Poder? SI NO

En caso afirmativo, por favor traiga una copia a su cita, para que podamos tenerla como parte de su historial medico.

Estado civil actual: Soltero Casado Divorciado

Tiene usted hijos? SI NO En caso afirmativo, cuantos hijos tienes? _____

Esta actualmente empleado: SI NO Retirada(o): SI NO

En caso afirmativo, cual es o era su ocupacion? _____

Usted ahora o ha estado exuesto a los riesgos ambientales? (Productos, quimicos, toxinas, humo, etc.)

SI NO En caso afirmativo, lo que esta or estuvo expuesto? _____

Gracias por completar el formulario.