

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

	Ninguna	Menos de 1 vez de Cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Mas de la mitad de veces	Casi siempre	
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5	
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, Paraba y comenzaba de nuevo varias veces ?	0	1	2	3	4	5	
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5	
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que <i>apretar</i> o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	Ninguna 0	Una vez 1	2 veces 2	3 veces 3	4 veces 4	5 veces 5	
<b>Total</b> _____ →							
8. ¿Comó se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	Encantado 0	Muy Satisfecho 1	Más bien Satisfecho 2	Tan Satisfecho Como insatisfecho 3	Más bien Insatisfecho 4	Muy Insatisfecho 5	Fetal 6

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Referido Por: \_\_\_\_\_  
Queja Principal: \_\_\_\_\_

Fecha De Nascimento: \_\_\_\_\_  
Dr. Primario: \_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE PROBLEMAS		ALERGIAS	
_____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____	
HISTORIAL MEDICO		HISTORIAL SOCIAL	
Diabetes..... Si No _____ Alta Presion..... Si No _____ Cancer..... Si No _____ Derrame Cerebral..... Si No _____ Problemas De Corazon.... Si No _____ Arthritis..... Si No _____ Problema Pulmonar..... Si No _____ Tendencia a Sangrar..... Si No _____ Infeccion Agudas..... Si No _____ Infeccion Venerea..... Si No _____ Ultimo Periodo Menstrual Si No _____ Algo Mas..... Si No _____ _____ _____		Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____ Ocupacion _____ <b>Consumo De Tabaco:</b> Nunca _____ Anteriormente _____ Paquete / Año _____ <b>Uso De Alcohol:</b> Nunca _____ Raramente _____ Moderadamente _____ Diario _____ Anteriormente _____	
CIRUGIAS PREVIAS O HISTORIAL DE TRAUMA		MEDICAMENTOS	
<b>Año</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
HISTORIAL FAMILIAR		HIERBAS NATURALES	
Diabetes..... Si No _____ Alta Presion..... Si No _____ Cancer..... Si No _____ Derrame Cerebral... Si No _____ Problemas De Corazon Si No _____		_____ _____ _____ _____	

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>¿USTED TIENE O A SIDO TRATADO POR?:</b> por favor marque o circule todos los que apliquen	
Diabetes	<b>GENITOURINARIAS</b>
Alta Precion	Orinar Frecuente
Cancer	Ardor o dolor al orinar
Derrame Cerebral	Sangre en la orina
Problemas de Corazon	Cambio en la fuerza o tensión al orinar
Artritis/Gota	Incontinencia o goteo
<b>SINTOMAS CONSTITUCIONALES</b>	Piedras en los riñones
Buena Salud General	Problemas de eyaculación
Cambio de peso reciente	Nocturia
Fiebre	Hombres - dolor en testiculos
Fatiga	Mujeres - número de embarazos
Dolores de cabeza	Mujeres - número de abortos espontáneos
<b>OJOS</b>	<b>MUSCULOESQUELETICOS</b>
Enfermedad o lesion ocular	Dolor de coyonturas
Usa lentes o lentes de contacto	Hinchazon de coyonturas
Vision borrosa o doble vista	Debilidad de los músculos o las coyonturas
Glaucoma	Dolor o calambres musculares
<b>OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA</b>	Las extremidades frías
Pérdida auditiva o zumbido	Dificultad para caminar
Dolores de oídos o drenaje	<b>TEGUMENTARIO (piel/cenos)</b>
Problemas cronicos de sinusitis	Salpullido o picazón
Hemorragias nasales	Cambio en color de la piel
Llagas en la boca	Cambio en el cabello o las uñas
Sangrado en las encias	Varices
Mal aliento o mal sabor	Dolor, bulto o secreción de ceno
Dolor de garganta o cambio de voz	<b>NEUROLOGICO</b>
Glándulas hinchadas en el cuello	Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes
<b>CARDIOVASCULAR</b>	Mareos
Problemas de corazon	Convulsiones
Dolor torácico o angina de pecho	Sensaciones de entumecimiento u hormigueo
Palpitaciones	Temblores
Dificultad para respirar al estar acostado	Parálisis
Inchason de piez, tobillos, o manos	Derrame cerebral
<b>RESPIRATORIO</b>	Lesión en la cabeza
Toz cronica o frecuente	<b>PSIQUIATRICO</b>
Escupir sangre	Pérdida de memoria o confusión
Respiracion lenta	Nerviosismo
Asma o ronquido en pecho	Depresion
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Insomnia
Perdida de apetito	Psicosis
Cambio en los movimientos intestinales	<b>ENDOCRINO</b>
Nausea o vomito	problemas glandulares
Diarrea frecuente	Problemas hormonales
Movimientos intestinales dolorosos o el estreñimiento	Sed excesiva
Sangrado rectal o sangre en el escremento	Cansado/Perezoso
Dolor abdominal o ardor de estómago	Diabetes
Ulcera péptica	<b>HEMTALOGICAS / LINFATICO</b>
Convulsiones	Lento para sanar después de cortar
Tendencia a sangrar	Anemia
Infecciones agudas	Flebitis
Enfermedad venerea	transfusión sanguínea pasada
Defectos hereditarios	Glándulas hinchadas

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Gonzalo Lievano, M.D., F.A.C.S**  
*Diplomate of the American Board of Urology*  
*Minimally Invasive Robotic Surgery, General and Female Urology*



## Informacion de Farmacia

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_