

Datos demográficos del paciente

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
 NSS: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Otro
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
 Teléfono particular: (____) ____ - _____ Teléfono laboral: (____) ____ - _____ Celular: (____) ____ - _____
 Médico de cabecera: _____ Médico remitente: _____

Alergias - Anote sus alergias incluya los medicamentos que le provocaron una reacción alérgica.

Alergias	Reacción alérgica
Si no tienes alergias marque aqui <input type="checkbox"/>	

Medicamentos - Anote todos los medicamentos que esté tomando. Incluya TODOS los medicamentos, también los de venta libre.

Nombre del fármaco (Genérico/de marca)	Dosis	Frecuencia
Tomas aspirina diariamente? <input type="checkbox"/>		

Antecedentes médicos - Marque todas las opciones que corresponda.

Urológicos: <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga <input type="checkbox"/> HPB <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil <input type="checkbox"/> Prostatitis <input type="checkbox"/> Cistitis intersticial <input type="checkbox"/> Cáncer testicular <input type="checkbox"/> Cáncer renal <input type="checkbox"/> Estenosis uretral <input type="checkbox"/> Infección renal <input type="checkbox"/> Cálculos urinarios <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Ojos: <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Garganta, nariz y oídos: <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cáncer de garganta <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Cardiovasculares: <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Colesterol elevado <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <i>Uso de anticoagulantes:</i> <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Cumadina <input type="checkbox"/> Vitamina E <input type="checkbox"/> Ninguno	Respiratorios: <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Gastrointestinales: <input type="checkbox"/> Hernia de hiato <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerativa) <input type="checkbox"/> Diverticulitis <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Renales: <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Falla renal <input type="checkbox"/> Enfermedad renal poliquística <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Ginecológicos: <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Embarazos (N.º) _____ <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de útero <input type="checkbox"/> Cáncer cervical <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Mamas: <input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Ortopédicos: <input type="checkbox"/> Hernia de disco <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Neurológicos: <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Tumor cerebral <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Endócrinos: <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Cutáneos: <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Cáncer de piel no melanoma <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Hematológicos: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica/falciforme <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Psiquiátricos: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Sistema inmunitario: <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Vasculares: <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	

Antecedentes quirúrgicos – Marque todas las opciones que corresponda.

Urológicos: <input type="checkbox"/> Circuncisión <input type="checkbox"/> LEOC <input type="checkbox"/> Cirugía láser para cálculos (Riñón, uréter, vejiga) <input type="checkbox"/> Orquiectomía D/I <input type="checkbox"/> Tratamiento láser de próstata <input type="checkbox"/> Prostatectomía retropúbica radical <input type="checkbox"/> Prostatectomía robótica <input type="checkbox"/> Torsión testicular <input type="checkbox"/> Resección de tumor en la vejiga <input type="checkbox"/> Uretroplastia <input type="checkbox"/> Varicocelectomía D/I <input type="checkbox"/> RTUP <input type="checkbox"/> Nefrectomía D/I <input type="checkbox"/> Criocirugía <input type="checkbox"/> Radioterapia externa (Abierta/Laparoscopia) <input type="checkbox"/> ITCV <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Cistectomía radical <input type="checkbox"/> Cabestrillo pubovaginal <input type="checkbox"/> Ureterectomía <input type="checkbox"/> Nefrolitotomía percutánea <input type="checkbox"/> Suspensión vesical <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno		Ojos: <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Respiratorios: <input type="checkbox"/> Resección pulmonar por cáncer <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno		Garganta, nariz y oídos: <input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Adenoidectomía <input type="checkbox"/> Cirugía sinusal <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Cirugía del corazón: <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Colocación del marcapasos <input type="checkbox"/> Sustitución valvular <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno		Cirugía general: <input type="checkbox"/> Bypass gástrico <input type="checkbox"/> Reparación de úlcera péptica <input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Apendicectomía <input type="checkbox"/> Resección de colon <input type="checkbox"/> Reparación de hernia (Lado y tipo _____) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Ginecológicos: <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Suspensión vesical <input type="checkbox"/> Cabestrillo <input type="checkbox"/> Reparación del rectocele <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Mamas: <input type="checkbox"/> Mastectomía <input type="checkbox"/> Lumpectomía <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Ortopédicos: <input type="checkbox"/> Artroscopia <input type="checkbox"/> Laminectomía <input type="checkbox"/> Cirugía de pie <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Neurológicos: <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Endócrinos: <input type="checkbox"/> Paratiroidectomía <input type="checkbox"/> Tiroidectomía <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Vasculares: <input type="checkbox"/> Carótida <input type="checkbox"/> Endarterectomía <input type="checkbox"/> Extirpación venosa <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno

Antecedentes sociales - Marque las casillas que corresponda y complete las cantidades precisas de porciones estándar.

Ocupación: _____ **Estado civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo **Número de hijos:** _____

Condición laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado	Tabaquismo: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente (paquetes/día) _____ <input type="checkbox"/> Dejó de fumar (Año y paquetes/día) _____	Drogas recreativas: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente (tipo) _____ <input type="checkbox"/> Dejó el hábito (tipo) _____	Alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Diariamente (Bebidas/día) _____
---	--	---	---

Antecedentes familiares - Incluya a todos los familiares consanguíneos con su estado de salud actual y las enfermedades que hayan tenido o tengan.

Madre: ¿Está viva su madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Causa de defunción _____ Padre: ¿Está vivo su padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Causa de defunción _____ Hermano: ¿Está vivo su hermano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Causa de defunción _____ Hermana: ¿Está viva su hermana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Causa de defunción _____	Familiares inmediatos con antecedentes de: Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer de vejiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer ginecológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cálculos renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro tipo de cáncer _____ Otra enfermedad _____
--	---

Signos vitales

Estatura: _____ Método: <input type="checkbox"/> Auricular <input type="checkbox"/> Oral Peso: _____ <input type="checkbox"/> Axilar Temp: _____ <input type="checkbox"/> Frente Resp: _____ <input type="checkbox"/> Rectal	P.A. Pulso Extremidad Comentario Sentado: _____ De pie: _____ Supina: _____
--	---

Malestar principal y enfermedades presentes

Razón de la consulta: Cálculos renales Agrandamiento de próstata Cáncer de próstata Incontinencia urinaria Circuncisión Sangre en orina ETS
 Masa testicular Hernia de vejiga Vasectomía Impotencia Otros _____

Sintoma: _____ Ubicación: _____ Duración: _____

Fecha de inicio de los síntomas: _____ Los síntomas recientes han sido: Más/ menos frecuentes Más/ menos intensos Continuos/ periódicos

¿Cómo empezaron los síntomas? _____ ¿Cómo evolucionaron los síntomas? _____

¿Qué los provoca? _____ ¿Qué lo alivia? _____

¿Qué lo empeora? _____ Síntomas asociados: _____

Marque las opciones que corresponda Graves Moderados Leves Continuos Periódicos Intermitentes Quelante Como agujas Calambres Punzante

Describe su dolor: Profundo Agudo Sordo Superficial Corrosivo Repentino Gradual Cambiante Otro _____

Comentarios: _____

FORMULARIO CLINICO 2 PARA PACIENTES - EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO DE UGNJ

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha: ____/____/____

Revisión de sistemas (ROS: Iniciales en Inglés)

Urinario: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Micción dolorosa <input type="checkbox"/> Sangre en orina <input type="checkbox"/> Sangre en semen <input type="checkbox"/> Retención de orina <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Constitucional: <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Ojos: <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Oídos-nariz-garganta-boca: <input type="checkbox"/> Infecciones en los oídos <input type="checkbox"/> Llagas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Ninguno	Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Ninguno	Respiratorio: <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos frecuente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Gastrointestinales: <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Indigestión/Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Ninguno	Neurológico: <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Ninguno	Hematológico-linfático: <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación <input type="checkbox"/> Ninguno
Alérgico-inmunológico: <input type="checkbox"/> Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos <input type="checkbox"/> Ninguno	Endócrino: <input type="checkbox"/> Exceso de sed <input type="checkbox"/> Demasiado frío <input type="checkbox"/> Aletargado <input type="checkbox"/> Demasiado calor <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Locomotor: <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
Psicológico: <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Ninguno	Ginecológico (sólo mujeres): <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Posible embarazo <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno	Piel: <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Comezón persistente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Forúnculos <input type="checkbox"/> Ninguno

Farmacia

Nombre de la farmacia: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____
 Teléfono: (____) _____ - _____

DIAGNÓSTICOS	RECOMENDACIONES
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____	Dieta: _____ Actividad: _____ Laboratorio: _____ Radiografías: _____ Estudios especiales: _____ Medicamentos: _____ Tratamiento: _____ Consultas: _____ Cirugías: _____ General: _____
Fecha(s) de seguimiento ____/____/____ ____/____/____	

Firma del médico

Fecha