

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

**HISTORIA DE LA ACTUAL ENFERMEDAD**  
HISTORY OF PRESENT ILLNESS

¿A quién podemos darle gracias por su referencia a UANT?  Uno mismo (Self)  Friend (Amigo)  
 Whom may we thank for referring you to UANT?  Médico (Physician) \_\_\_\_\_

**Médico Primario** \_\_\_\_\_ **Urologo Previo** \_\_\_\_\_  
 Primary Care Physician Previous Urologist

**Cuál es la razón principal de su visita:** What is the main reason for your visit:

<input type="radio"/> <b>PSA elevado</b> (Elevated PSA)	<input type="radio"/> <b>Sangre en la orina</b> (Blood in urine) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Visible</li> <li><input type="radio"/> invisible</li> </ul>	<input type="radio"/> <b>BPH o varón con síntomas de orinar</b> (BPH or male voiding symptoms)	<input type="radio"/> <b>Incontinencia o hembra con síntomas de orinar</b> (Incontinence or female voiding symptoms)
<input type="radio"/> <b>Disfunción eréctil</b> (Erectile dysfunction)	<input type="radio"/> <b>Piedras del riñón</b> (Kidney stones)	<input type="radio"/> <b>Infecciones de la zona urinaria</b> (Urinary tract infections)	<input type="radio"/> <b>Historia del cáncer de la próstata</b> (History of prostate cancer)
<input type="radio"/> <b>Historia del cáncer de la vejiga</b> (History of bladder cancer)	<input type="radio"/> <b>Historia del cáncer de los rinones</b> (History of kidney cancer)	<input type="radio"/> <b>Infertilidad</b> (Infertility)	<input type="radio"/> <b>Dolor abdominal o del flanco</b> (Abdominal or flank pain)
<input type="radio"/> <b>Vasectomía</b> (Vasectomy)	<input type="radio"/> <b>Otro especifica</b> (Other Specify)		

**¿Qué es la fecha aproximada cuando los síntomas empezaron o usted reconocio primero el problema?** What is the approximate date when the symptoms started or you first became aware of the problem?  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o (or) \_\_\_\_\_ días (days) \_\_\_\_\_ semanas (weeks) \_\_\_\_\_ meses (months) \_\_\_\_\_ hace años (years ago)  
 fecha (date) número (number) (círculo uno) (circle one)

**Describa cualquier tratamiento anterior (medicinas, cirugía, etc) antes de esta visita para el problema:** Describe any previous treatment (medicines, surgery, etc) prior to this visit for the problem:  
 \_\_\_\_\_

**Termine la sección siguiente si la razón de la visita de hoy es para problemas de vaciar la vejiga (varón o hembra):** Complete the following section if the reason for today's visit is for voiding problems (male or female):

¿Cuántas veces durante el día usted orina típicamente en el tocador o en la taza? (How many times during the day do you typically void in the toilet or urinal?)	_____
¿Cuántas veces usted sale típicamente de cama en la noche a orinar? (How many times do you typically get out of bed at night to urinate?)	_____
¿Usted tiene dificultad el comenzar de su corriente urinaria? (Do you have difficulty starting your urinary stream?).....	Si No
¿Tiene usted la fuerza disminuida en su corriente? (Do you have decreased force in your stream?).....	Si No
¿Usted tiene que forzar o empujar al orinar? (Do you have to strain or push to void?) .....	Si No
¿Usted se siente típicamente vacío cuando usted ha acabado de orinar? (Do you typically feel empty when you have finished voiding?) .....	Si No
¿Su corriente para y comienza típicamente? (Does your stream typically stop and start?).....	Si No
¿Usted tiene típicamente dolor durante orinar? (Do you typically have pain during voiding?).....	Si No
¿Usted ha visto sangre en su orina? (Have you seen blood in your urine?) .....	Si No

			/ /	/ /
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

**Termine la sección siguiente si la razón de la visita de hoy es para la incontinencia (varón o hembra):**  
 Complete the following section if the reason for today's visit is for incontinence (male or female):

<b>¿Cuántos episodios del incontinencia usted tiene en un período típico de un día?</b> _____ (How many episodes of incontinence do you have in a typical daytime period?)	
<b>¿Cuántos episodios del incontinencia usted tiene en un período típico de una noche?</b> _____ (How many episodes of incontinence do you have in a typical nighttime period?)	
<b>Es usted incontinente con</b> (Are you incontinent with).....	<b>¿El toser?</b> Coughing?..... Si No <b>¿Estornudo?</b> Sneezing?..... Si No <b>¿El caminar?</b> Walking?..... Si No <b>¿Actividad física?</b> Physical activity? Si No
<b>¿Es molesto usted por una necesidad de apurar a llegar al cuarto de baño?</b> (Are you bothered by a need to hurry to get to the bathroom?).....	Si No
<b>¿Es usted incontinente porque usted no puede llegar al cuarto de baño a tiempo?</b> (Are you incontinent because you cannot get to the bathroom in time?).....	Si No
<b>¿Usted usa toallas sanitarias para manejar la incontinencia?</b> (Do you wear sanitary pads to manage incontinence?) .....	Si No
<b>Si sí, (If yes),</b>	<b>tipo de toallas (type of pad)</b> _____ <b># de toallas por día (# pads per day)</b> _____ <b># de toallas por noche (# pads per night)</b> _____
<b>Ultimo tratamiento de una infección de la zona urinaria</b> (Last treatment for a urinary tract infection).....	
<b>Usted tiene (Do you have)</b>	<b>¿Diabetes?</b> Diabetes? Si No <b>¿Embolia cerebral o lesión en la cabeza?</b> Stroke or head injury? Si No <b>¿Lesión dorsal o cirugía?</b> Si No Back injury or surgery? <b>¿Radioterapia pasada?</b> Si No Past radiation therapy? <b>¿Piernas débiles o entumecidas?</b> Si No Weak or numb legs? <b>¿Incontinencia del excremento?</b> Si No Incontinence of stool?
<b>(MUJERES SOLAMENTE)(WOMEN ONLY)</b>	<b>número de embarazos/de partos</b> number of pregnancies/deliveries _____ / _____

### HISTORIA CLINICA MEDICAL HISTORY

**MEDICACIONES CORRIENTE-** incluya la prescripción, medicaciones sin receta, y las medicaciones herbarias. Agregue una hoja adicional si es necesario. (CURRENT MEDICATIONS - include prescription, over the counter, and herbal medications. Attach extra sheet if necessary) O **CÍRCULE NINGUNOS**

Nombre de la medicación (Name of Medication)	Dosis Dose (mg)	Con qué frecuencia es la medicina tomada (How often is the medication taken)	Razón de tomar la medicación (Reason for taking medication)	Médico que prescribió (Physician prescribing)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**FARMACIA-** anote la farmacia que utiliza normalmente para prescripciones (list pharmacy most frequently used for prescriptions)

Nombre:	# de telefono:	# de Fax:
---------	----------------	-----------

			/ /	/ /
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

Direccion:	Ciudad	Estado/Codigo Postal:
------------	--------	-----------------------

**ALERGIAS** -incluya las medicaciones, los alimentos, los tintes de radiografías. (ALLERGIES- include medications, foods, xray dyes) o círculo **NINGUNOS SABIDOS**

Nombre del alergénico (Name of allergen)	Tipo de reacción (Type of reaction)	Fecha aproximada (Approximate date)
1		
2		
3		
4		

**CIRUGÍAS PASADAS** -incluya toda las cirugías en el curso de su vida. Agregue una hoja adicional en caso de necesidad. (PAST SURGERIES -include all surgery in your lifetime.) o **NINGUNOS**

Tipo de cirugía (Type of Surgery)	Fecha (aproximada) Date (approximate)	Hospital o ciudad, si es sabido (Hospital or city, if known)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**OTRAS HOSPITALIZACIONES** - incluya todas hospitalizaciones no quirúrgicas. (OTHER HOSPITALIZATIONS -include all non surgical hospitalizations) o círculo **NINGUNOS**

Razones de la estancia del hospital (Reasons for Hospital stay)	Fecha (aproximada) Date (approximate)	Hospital o ciudad si es sabido (Hospital or city if known)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

### **HISTORIA CLINICA (continuado)**

MEDICAL HISTORY (cont'd)

**CONDICIONES MÉDICAS** -incluya lo último y las condiciones médicas presente, marcar la caja apropiada. (MEDICAL CONDITIONS -include past and present medical conditions, check appropriate box)

La condición (Condition)	NO	Pasado resuelto (Past Resolved)	Ahora activo (Now Active)	Fecha de comienzo (Date onset,)	Especialista MD, si fuera aplicable (Specialist MD if applicable)

			/ /	/ /
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

<b>Tensión arterial alta (hipertensión)</b> High Blood pressure (hypertension)				
<b>Colesterol elevado</b> (Elevated cholesterol)				
<b>Ataque del corazón</b> (Heart attack)				
<b>Golpe irregular del corazón (arritmia cardiaca)</b> Irregular heart beat (cardiac arrhythmia)				
<b>Paro cardíaco congestivo</b> (Congestive heart failure)				
<b>Embolia cerebral o TIAs</b> (Stroke or TIAs)				
<b>Úlceras del estómago o del intestino</b> (Ulcers of the stomach or intestine)				
<b>Enfisema, COPD, o problemas del pulmón</b> (Emphysema, COPD, or lung problems)				
<b>Asma</b> (Asthma)				
<b>Diabetes</b> (Diabetes)				
<b>Problemas sangrando</b> (Bleeding problems)				
<b>VIH/SIDA</b> (HIV/AIDS)				
<b>Enfermedad del riñón (isuficiencia renal)</b> (Kidney disease (renal failure)				
<b>Enfermedad del hígado (hepatitis B o C)</b> (Liver disease (hepatitis B or C)				
<b>Ataque Repentinos</b> (Seizures)				
<b>Enfermedad de tiroides</b> (Thyroid disease)				
<b>Enfermedad psicologica o psiquiátrica</b> (Psychological or psychiatric disease)				
<b>Cáncer de cualquier órgano (especifique)</b> (Cancer of any organ (specify)				
<b>Piedras del riñón</b> (Kidney stones)				
<b>Glaucoma</b> (Glaucoma)				
<b>Lista de otras condiciones</b> (List other conditions)				

**HISTORIA FAMILIAR (FAMILY HISTORY)**

<b>Hay una historia en su familia de</b> (Is there a history in your family of)	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Parientes afectados</b> (Affected relative(s))
<b>Ataque del corazón</b> (Heart attack)			
<b>Diabetes</b> (Diabetes)			
<b>Cáncer de la próstata</b> (Prostate cancer)			
<b>Cáncer del riñón</b> (Kidney cancer)			
<b>Piedras del riñón</b> (Kidney stones)			
<b>Otra enfermedad significativa</b> (Other significant disease)			

			/ /	/ /
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

**HISTORIA DE TABACO (TOBACCO HISTORY)**

<b>¿Usted ha sido un fumador de cigarrillo?</b> (Have you ever been a cigarette smoker?)	<b>Si*</b>	<b>No</b>
*Si sí, fumé un promedio de _____ paquetes/día, por _____ años . (* If yes, I smoked an average of _____ (packs/day) (for) _____ (years).		
<b>¿Usted ha utilizado otros productos del tabaco?</b> (Do you use other tobacco products)	<b>Si*</b>	<b>No</b>
*Si sí, especifique por favor (If yes, please specify) _____		

**HISTORIA DE ALCOHOL Y DE DROGA (ALCOHOL AND DRUG HISTORY)**

<b>¿A sido diagnosticado con alcoholismo?</b> (Have you ever been diagnosed with alcoholism?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>¿Usted bebe alcohol regularmente?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí, actualmente</b> <input type="checkbox"/> <b>¿Nunca/raramente</b> (Do you currently drink alcohol regularly?) (Yes, currently) (Never/rarely)		
<b>Si sí, aproximadamente cuántas bebidas por la semana (cerveza, vino, o licor)</b> _____ (If yes, approximately how many drinks per week (beer, wine, or liquor)		
<b>¿Usted ha utilizado las drogas intravenosas?</b> (Have you ever used intravenous drugs?)	<b>Si</b>	<b>No</b>

**OCUPACIÓN Y ESTADO CIVIL (OCCUPATION AND MARITAL STATUS)**

<b>Estoy actualmente</b> (I am currently)	<input type="checkbox"/> <b>Solo</b> (Single)	<input type="checkbox"/> <b>Casado</b> (Married)	<input type="checkbox"/> <b>Divorciado</b> (Divorced)	<input type="checkbox"/> <b>Viudo-a</b> (Widowed)
<b>Yo soy</b> (I am)	<input type="checkbox"/> <b>Retirado</b> (Retired)	<input type="checkbox"/> <b>Empleado a tiempo completo</b> (Employed Full Time)	<input type="checkbox"/> <b>Empleado medio tiempo</b> (Employed Part Time)	<input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (Unemployed)
		<input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> (Student)		
<b>Mi ocupación es/era</b> (My occupation is/was) _____				

**REVISIÓN DE SISTEMAS (REVIEW OF SYSTEMS)**  
**(Síntomas actuales o recientes)(Current or Recent Symptoms)**

**Constitucionales (Constitutional)**

<b>Fiebre (Fever)</b>	S	N
<b>Escalofríos (Chills)</b>	S	N
<b>Dolor de Cabeza (Headache)</b>	S	N
<b>Aumento del peso sobre 10 libras (Weight gain over 10 lbs)</b>	S	N
<b>Pérdida del peso sobre 10 libras (Weight loss over 10 lbs)</b>	S	N

**Neurológico (sistema nervioso)**  
 Neurological (nervous system)

<b>Ataque Repention (Seizures)</b>	S	N
<b>Mareos (Dizziness)</b>	S	N
<b>Entumecimiento en extremidad (Numbness in extremity)</b>	S	N
<b>Debilidad en extremidad (Weakness in extremity)</b>	S	N
<b>Pérdida de balance (Loss of balance)</b>	S	N
<b>Caídas Frecuente (Frequent falls)</b>	S	N
<b>Temblores (Tremors)</b>	S	N

**Endocrina (glándulas internas)**  
 Endocrine (internal glands)

<b>Sed Excesiva (Excessive thirst)</b>	S	N
<b>Intolerancia del frío o del calor (Cold or heat intolerance)</b>	S	N
<b>Fatiga excesiva (Excessive fatigue)</b>	S	N
<b>Enfermedad de tiroides (Thyroid disease)</b>	S	N

**Gastrointestinal (Gastrointestinal)**

<b>Dolor abdominal (Abdominal pain)</b>	S	N
<b>Náusea que vomita (Nausea vomiting)</b>	S	N
<b>Indigestión/ardor de estómago (Indigestion/Heartburn)</b>	S	N
<b>Diarrea (Diarrhea)</b>	S	N
<b>Estreñimiento (Constipation)</b>	S	N
<b>Sangre en el excremento (Blood in stools)</b>	S	N

**Cardiovascular (Cardiovascular)**

			/ /	/ /
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

**Dolor de pecho, presión**  
(Chest pain, pressure) S N  
**Palpitaciones** S N  
(Palpitations)  
**Dolor en la pantorrilla al ejercicio**  
(Calf pain with exercise) S N  
**Falta de la respiración** S N  
(Shortness of breath)  
**Falta de respiración al despertar**  
(Wake up breathless) S N  
**El hincharse en piernas/tobillos**  
(Swelling in legs/ankles) S N

**Integumentario (problemas de la piel)**  
(Integumentary-skin problems)  
**Erupción inexplicada** S N  
(Unexplained rash)  
**Frecuencia de erupciones**  
(Frequent boils) S N

**Musculoesquelético (Musculoskeletal)**  
**Dolor de las Conyunturas**  
(Joint pain) S N  
**Qué empalme** \_\_\_\_\_  
(Which joint)  
**Dolor de cuello** S N  
(Neck pain)  
**Dolor de espalda** S N  
(Back pain)  
**Reciente o crónico**  
(Recent or chronic)  
**Debilidad del músculo** S N  
(Muscle weakness)

**Respiratorio (pulmones)**  
(Respiratory- lungs)  
**Respiración sibilante** S N  
(Wheezing)  
**El toser frecuente** S N  
(Frequent coughing)  
**Falta de la respiración** S N  
(Shortness of breath)  
**El toser sangre** S N  
(Coughing up blood)

**Hematológico/linfático**  
(Hematologic/Lymphatic)  
**Glándulas hinchadas de la linfa**  
(Swollen lymph glands) S N  
**Tendencia de sangrar**  
(Bleeding tendency) S N

**(Complete solo si no es la razón para su visita)**  
**Genitourinario (urinario y genital)**  
(Genitourinary -urinary and genital)

**Orina dolorosa** S N  
(Painful urination)  
**Orina frecuente** S N  
(Frequent urination)  
**Orina urgentemente** S N  
(Urgent urination)  
**Sangre en la orina** S N  
(Blood in urine)  
**Corriente débil de la orina**  
(Weak urine stream) S N  
**Forzar para orinar** S N  
(Straining to urinate)  
**Flujo interrumpido de la orina**  
(Interrupted urine flow) S N  
**Incontinencia** S N  
(Incontinence)  
**No vacía completamente**  
(Incomplete emptying) S N  
**Disfunción eréctil** S N  
(Erectile dysfunction)

**Ojos (Eyes)**  
**Visión velada** S N  
(Blurred vision)  
**Visión doble** S N  
(Double vision)  
**Dolor del ojo (Eye pain)** S N  
**Historia de Glaucoma**  
(History glaucoma) S N  
**Cataratas sin tratamiento**  
(Untreated cataracts) S N  
**Enfermedad retiniana** S N  
(Retinal disease)

**Oído/nariz/garganta/boca**  
(Ear/Nose/Throat/Mouth)  
**Infecciones del oído** S N  
(Ear infections)  
**Garganta dolorida** S N  
(Sore throat)  
**Pérdida de oído** S N  
(Hearing loss)  
**Alergias del seno** S N  
(Sinus allergies)  
**Dificultad de tragar**  
(Difficulty swallowing) S N  
**La nariz sangra** S N  
(Nose bleeds)  
**Ronquera (Hoarseness)** S N

**Psicológico (Psychological)**  
**Depresión (Depression)** S N  
**Pérdida de interés general**  
(Loss of general interest) S N  
**Ansiedad severa** S N  
(Severe anxiety)

**Altura (pulgadas)** \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

Height (inches)  
**Peso (libras)** \_\_\_\_\_  
Weight (lbs)

---

Firma (Signature)                  Fecha (Date)