

**Formulario de Historia para Paciente Masculino**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

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

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

**Historia de la enfermedad actual**

**Motivo de la visita de hoy:** \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva sucediendo este problema? \_\_\_\_ días; \_\_\_\_ semanas; \_\_\_\_ meses; \_\_\_\_ años

¿Hay algo que mejora el problema? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que agrava el problema? \_\_\_\_\_

¿El problema va y viene o esta siempre presente? \_\_\_\_\_

¿Si hay dolor, donde se localiza el dolor? \_\_\_\_\_

¿Si hay dolor, describa el dolor: \_\_\_\_\_

¿Si hay dolor, en una escala de 1-10 (10 siendo el más grave), describe la severidad del dolor: \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas - Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:**

<b>General</b>		<b>Digestivo</b>	
Escalofríos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Náuseas / vómitos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Piel</b>		<b>Musculoesqueléticos</b>	
Moretones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Erupción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Cabeza y Cuello</b>		<b>Neurológico</b>	
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mareo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zumbido en el oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Debilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Pulmones</b>		<b>Endocrino</b>	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Respira con dificultad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Cardiovascular</b>		<b>Hematología</b>	
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inflamación de los Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Genitourinario Masculino -Indique si usted está sufriendo o ha sufrido recientemente alguna de las siguientes:**

Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cambio en el flujourinario	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lesiones en el pene	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en el flanco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Masa en el testículo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor testicular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vacilación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Secreción uretral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Impotencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Urgencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Inabilidad para aguantar la orina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Orinar por las noches	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vaciamiento incompleto de la vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Nombre: \_\_\_\_\_

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

**Puntuación Internacional Síntomas de prostata (IPSS)**

Preguntas	Nunca	Menos de 1 vez en 5	Menos De lamitad Del tiempo	Mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Cast siempre
Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido que orinar de nuevo a las 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has encontrado que mientras ornas paras de orinar y luego continuas?	0	1	2	3	4	5
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le resulta difícil para posponer el orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
Durante el último mes, ¿Cuántas veces has tenido que empujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
Durante el último mes, ¿cuántas veces te has levantado a orinar desde el momento de acostarse por la noche, hasta el momento en que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5

**Puntuación total del IPSS: Suma de los siete círculos número (IPSS) Leve:0-7 Moderado:8-19 Grave:20-35 Puntuación: \_\_\_\_\_**

Calidad de vida debido a los síntomas urinarios	Contento	Encantado	Parcialmente satisfecho	Mixto	Medio Insatisfecho	Disgustado	Terrible
Si usted fuera a pasar el resto de su vida con su condición de orina tal y como está ahora, ¿cómo se siente sobre eso?	0	1	2	3	4	5	6

**Historial Médico** - ¿alguna vez has tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes?

Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	ERGE	<input type="checkbox"/>	Prostatitis	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la coagulación	<input type="checkbox"/>	Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las Arterias Coronarias	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>		

Aclarar las respuestas escogidas que requieren una explicación (por ejemplo: tipo de cáncer): \_\_\_\_\_

Indique cualquier Historial Medico que no se ha mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

**Alergias:**

Sin alergias conocidas       No se conocen alergias a medicamentos

Lista de las alergias a medicamentos, alimentos, etc: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene reacciones al yodo?       Si       No  
 ¿Tiene reacciones a los mariscos?       Si       No  
 ¿Tiene reacciones a tinte de rayos X?       Si       No

**Historia Familiar:**

Problema	Padre	Madre	Hermano(a)	Otro
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro cáncer - especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque fulminante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historia Social:**

¿Fuma usted actualmente?       Si       No      En caso afirmativo, ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_      En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo has fumado? \_\_\_\_\_  
 ¿Es usted un ex fumador?       Si       No      En caso afirmativo, ¿en qué año empezó? \_\_\_\_\_      ¿En qué año dejó de fumar? \_\_\_\_\_  
 ¿Bebe alcohol?       Si       No      En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_      ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 ¿Usted o alguna vez ha usado drogas?       Si       No

**Medicamentos:** Anote todos los medicamentos, incluyendo vitaminas, hierbas, suplementos y sobre el mostrador:

Nombre	Veces	Cantidad por día	Nombre	Veces	Cantidad por día

¿Alguna vez le han dicho que tenga que tomar antibióticos antes de procedimientos dentales?       Si       No

**Antecedentes quirúrgicos**-Lista de todas las cirugías y las fechas; incluya el lado del cuerpo (es decir: cirugía de la rodilla izquierda):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Los estudios de diagnóstico o de mantenimiento de la salud:**      **Signos vitales:**

Último PSA: \_\_\_\_\_      Altura actual: \_\_\_\_\_' \_\_\_\_\_"  
 Último colonoscopia: \_\_\_\_\_      Peso actual: \_\_\_\_\_ libras