



Alok Desai, M.D. Pratik Desai, M.D. Nilay Gandhi, M.D. John Klein M.D. Inderjit Singh M.D.

**REGISTRACION DE PACIENTE - HOMBRE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Apellido Primer MI **SSN:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Direccion de Casa:** \_\_\_\_\_  
 Direccion de Calle No. de Apt Ciudad Estado Codigo Postal

**Tel de Casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Tel Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Tel de Trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Medico Primario:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_ **Estado Civil:**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

**Idioma:**  Espanol  Otro \_\_\_\_\_ **Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Empleo/o Escuela:** \_\_\_\_\_  
 Direccion de Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relacion Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_  
 Nombre Direccion de Calle Ciudad Estado Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Raza:**  Indio Americano  Asiatico  Nativo de Hawaii o Pacifico  African Americano  Blanco  Hispano  Otro \_\_\_\_\_

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Numero de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relacion a Paciente: \_\_\_\_\_  
 Empleo del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Direccion del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Direccion de Calle No. de Apt Ciudad Estado Codigo Postal

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Numero de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relacion a Paciente: \_\_\_\_\_  
 Empleo del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Direccion del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Direccion de Calle No. de Apt Ciudad Estado Codigo Postal

Como escucho de nosotros?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Facebook                 | <input type="checkbox"/> Doctor que lo refiere _____ |
| <input type="checkbox"/> Google                   | <input type="checkbox"/> Sitio de web                |
| <input type="checkbox"/> Seguimiento del hospital | <input type="checkbox"/> referido de otro paciente   |
| <input type="checkbox"/> Compania de seguro       | <input type="checkbox"/> Yelp                        |
| <input type="checkbox"/> Doctor de cabecera _____ | <input type="checkbox"/> OTRO: _____                 |

Paciente/Firma del Pariente \_\_\_\_\_

Escriba el Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Porque nos ve hoy: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS:

Porfavor escriba medicinas recetadas a usted, medicamentos sin receta, y suplementos de vitamina que toma diario:

Esta usted tomando **Aspirina, Plavix**, o otra forma de **Anticoagulantes**?  Si  No

Porfavor indique alergias a medicatos: \_\_\_\_\_

Medicamentos	Fuerza/Dosis	# de veces que la toma

Si necesita mas espacio use pagina de MEDICACION (pagina 5)

### HISTORIAL MEDICO

Porfavor **INDIQUE** cual de las siguientes condiciones tiene **USTED** presente o pasado:

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia          | <input type="checkbox"/> CHF (fallo cardiaco)        | <input type="checkbox"/> Ataque al corazon (MI)       | <input type="checkbox"/> Testosterona baja             | <input type="checkbox"/> Convulsiones        |
| <input type="checkbox"/> Artritis        | <input type="checkbox"/> COPD                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                  | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula mitral |  |
| <input type="checkbox"/> Asma            | <input type="checkbox"/> CAD (enfermedad de corazon) | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta (HTN)  | <input type="checkbox"/> Infeccion deMRSA              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> BPH             | <input type="checkbox"/> CVA (derame)                | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto              | <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis            | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular |
| <input type="checkbox"/> Cancer:         | <input type="checkbox"/> Depresion                   | <input type="checkbox"/> Inflamacion intestinal (IBD) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  | <input type="checkbox"/> Otro:               |
| Tipo _____                               | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Irritacion intestinal (IBS)  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Parkinson's        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Chest pain      | <input type="checkbox"/> GERD/Reflujo Acido alto     | <input type="checkbox"/> Piedras en los Rinones       | <input type="checkbox"/> Positivo PPD                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Infec. urinaria | <input type="checkbox"/> Gota (acido urico alto)     | <input type="checkbox"/> Enfermedades al Hgado        | <input type="checkbox"/> Lesion ala medula espinal     | _____  |
- chronica

### HISTORIAL de CIRUGIAS :

Porfavor **INDIQUE** cirujias que **USTED** a tenido en el pasado y la fecha del procedimiento:

	ANO		ANO	<b>SOLO BARONES</b>	ANO
<input type="checkbox"/> Adrenalectomia		<input type="checkbox"/> Reparo de Hernia		<input type="checkbox"/> Brachytherapia	
<input type="checkbox"/> Appendectomia		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Circuncision	
<input type="checkbox"/> Cirugia de espalda		<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Reparo de Hernia	
<input type="checkbox"/> Aumento de vejiga		<input type="checkbox"/> Laparoscopia		<input type="checkbox"/> Hydroclectomia	
<input type="checkbox"/> Extirpacion de la vejiga		<input type="checkbox"/> Lithotripsia		<input type="checkbox"/> Laser de la prostata	
<input type="checkbox"/> CABG		<input type="checkbox"/> Biopsia de higado		<input type="checkbox"/> Orchiectomia	
<input type="checkbox"/> Colectomia		<input type="checkbox"/> Extirpacion de rinon		<input type="checkbox"/> Prosthesis de pene	
<input type="checkbox"/> Cirugia de colon		<input type="checkbox"/> Marca pasos		<input type="checkbox"/> Biopsia de la prostata	
<input type="checkbox"/> Cystoscopia		<input type="checkbox"/> Extirpacion percutenea de piedra		<input type="checkbox"/> Prostatctomia	
<input type="checkbox"/> ESWL		<input type="checkbox"/> Extirpacion de piedra a rinon		<input type="checkbox"/> Spermatoctomia	
<input type="checkbox"/> Vesicula		<input type="checkbox"/> Sonda de uretral		<input type="checkbox"/> TURP	
<input type="checkbox"/> Bypass gastrico		OTRO:		<input type="checkbox"/> Ligadura de varices	
<input type="checkbox"/> Sonda de corazon				<input type="checkbox"/> Vasectomia	



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

### HISTORIAL FAMILIAR:

	Con vida?	Edad	Cancer de vejiga	Cancer de rinon	Cancer de prostata	Piedras de rinon	Diabetes	Derame
Padre								
Madre								
Hermano								
Hermana								
Tio/Tia								
Abuelos								

### HISTORIAL SOCIAL:

Fuma:  Fumador corriente (Paquetes/dia: \_\_\_\_\_, # anos: \_\_\_\_\_)  Fumador anterior (ano que paro \_\_\_\_\_)  No es fumador

Uso recreacional de drogas:  No  Si (\_\_\_\_\_ ) Ejercicio :  No  Si (\_\_\_\_\_ )

Cafeina:  No  Si (\_\_\_\_\_ ) Alcohol:  No  Si (\_\_\_\_\_ )

Sexualmente activo:  No  Si Ocupacion: \_\_\_\_\_

### REVISION DE SYSTEMAS:

Porfavor indique si tiene problemas **AORITA** con los siguientes sistemas? Porfavor **CHEQUE** SI o NO.

#### Sistemas Constitucionales

Fiebre  Si  No  
Escalofrios  Si  No  
Dolor de Cabeza  Si  No  
Aumento/Perdida de Peso  Si  No

#### Cardio vascular

Dolor de el Pecho  Si  No  
Venas Varicosas  Si  No  
Presion Alta  Si  No  
Presion Baja  Si  No

#### Respiratorio

Respira con dificultad  Si  No  
Tos Frecuente  Si  No  
Falta de aliento  Si  No

#### Endocrino

Sed Excesiva  Si  No  
Muy caliente o frio  Si  No  
Cansado/Lento  Si  No  
Otro: \_\_\_\_\_

#### Oido/Nariz/Garganta/Boca

Infeccion de Oido  Si  No  
Dolor de garganta  Si  No  
Sinusitis  Si  No  
Otro: \_\_\_\_\_

#### Ginecologia

Flujo Menstrual Fuerte  Si  No  
Flujo Menstrual irregular  Si  No  
Menopausia  Si  No  
Terapia hormonal  Si  No

#### Integumentario

Erupcion en la piel  Si  No  
Forunculos  Si  No  
Persistente Erupcion  Si  No  
Otro: \_\_\_\_\_

#### Historia Sexual

Sexualmente activo  Si  No  
Tiene dolor durante relaciones  Si  No  
Orina durante relaciones  Si  No

#### Neurologico

Temblores  Si  No  
Mareos  Si  No  
Adormecimiento  Si  No  
Dolor de cabeza  Si  No

#### Gastrointestinal

Dolor abdominal  Si  No  
Vomito y nauseas  Si  No  
Indigestion  Si  No  
Ardor de estomago  Si  No  
Estrenimiento  Si  No  
IBS  Si  No  
Diarrea  Si  No  
Desangrado rectal  Si  No  
Otro: \_\_\_\_\_

#### Hematatologico/Linfatico

Glandulas inflamadas  Si  No  
Problemas de coagulacion de sangre  Si  No  
Pulmonaria Embolismo  Si  No  
Anemia  Si  No  
VIH/SIDA  Si  No  
Otro: \_\_\_\_\_

#### Ojos

Vision borrosa  Si  No  
Furunculos  Si  No  
Erupcion en los ojos  Si  No  
Otro: \_\_\_\_\_

## Asociación Americana de Urología Síntoma HPB Puntaje del Índice Cuestionario

Tener que orinar con más frecuencia, así como más urgente, definitivamente se puede interrumpir el flujo de su día. Usted debe saber que orinar con frecuencia es a menudo un síntoma de la hiperplasia prostática benigna (HPB), un agrandamiento no canceroso de la glándula prostática. La HPB es una condición común entre los hombres mayores de 50. Despertarse varias veces por la noche para orinar y tener un flujo de orina débil, más lento o retrasado son otros síntomas comunes.

Círculo el número que mejor se aplica a usted

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

	Nunca	Menos de 1 vez en 5	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
<b>1. Vaciado incompleto</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido la sensación de que la vejiga no se ha vaciado por completo al orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>2. Frecuencia</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido que orinar otra vez menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>3. Intermittencia</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido que interrumpir la orina y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
<b>4. Urgencia</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>5. Corriente Débil</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>6. Esfuerzo</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>7. La Nocturia</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantarse para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Añadir la puntuación de cada número por encima, y escriba el total en el espacio a la derecha

Puntuación de Síntomas= 1-7 LEVE      8-19 MODERADO      20-35 GRAVE      TOTAL \_\_\_\_\_

0=Encantado 1=Satisfecho 2=Parcialmente Satisfecho 3=Mixto 4=Parcialmente No Satisfecho 5=Infeliz

<b>8. La Calidad de Vida</b> ¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como le afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

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

## Inventario Sexual de salud para el Hombre

### Instrucciones para el paciente

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a cuantificar y tratar su disfunción eréctil. Se le pedirá que complete el cuestionario en el futuro para medir el éxito del tratamiento

**En los últimos seis meses:**

**0 Significa, sin deseo sexual – 5 Deseo Sexual Normal**

1. Cómo calificaría usted su **confianza** en que usted puede conseguir y mantener una erección.?

**0    1    2    3    4    5**

2. Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duro para la penetración (entrar en su pareja)?

**0    1    2    3    4    5**

3. Durante las relaciones sexuales, la frecuencia con que fueron capaces de mantener la erección después de haber tenido penetración con su pareja?

**0    1    2    3    4    5**

4. Durante el acto sexual, cual es su capacidad para mantener la erección hasta la finalización de la relacione sexual?

**0    1    2    3    4    5**

5. Cuando usted intenta una relación sexual, qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

**0    1    2    3    4    5**

**Sume los números correspondientes a las preguntas del 1 al 5.**

**Su puntuación: \_\_\_\_\_**

Si obtuvo entre **1 a 7**, es posible que tenga severa disfunción eréctil.

Si obtuvo entre **11 a 8**, es posible que la disfunción eréctil es moderada.

Si obtuvo entre **12 a 16**, es posible que la disfunción eréctil es de leve a moderada.

Si obtuvo entre **17 a 21**, usted puede tener una disfunción eréctil leve.

Si obtuvo entre **22 a 25**, usted tiene la función eréctil normal.

