



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?

- Facebook Doctor que lo refiere _____
 Google Sitio de web _____
 Seguimiento del hospital refirido de otro paciente _____
 Compania de seguro Yelp _____
 Doctor de cabecera _____ OTRO: _____

Paciente/Firma del Pariente _____

Escriba el Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Fecha ____/____/____

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

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	SOLO BARONES	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"/> Spermatocectomia	
<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
1. Vaciado incompleto 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
2. Frecuencia 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
3. Intermittencia 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
4. Urgencia Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Corriente Débil Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
6. Esfuerzo Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. La Nocturia 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

8. La Calidad de Vida ¿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.

