

RAFAEL ANTUN, M.D., P.A.
VICTOR A. POLITANO, M.D., P.A.
HISTORIA CLINICA

POR FAVOR ESCRIBE EN LETRAS DE MOLDE. **FECHA:** _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **RAZA:** _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

HISTORIA MEDICA:

- | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrados |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Cirugia previa | | | | |
| <input type="checkbox"/> Piedras de riñon | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Infertilidad | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> Piedras de vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | |

Favor de describir cualquier respuesta afirmativa:

Medicinas actuales: _____

Alergias

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Codeina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Iodo | <input type="checkbox"/> Otras (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA | | |

SISTEMA GENITO-URINARIO:

Por favor marque todos los que apliquen.

Cambio en la micción:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia | <input type="checkbox"/> Orinar de noche | <input type="checkbox"/> Urgencia |
| <input type="checkbox"/> Goteo | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Flujo |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a orinar | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ | |

Dolor:

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Espalda o flanco | <input type="checkbox"/> Abdominal | <input type="checkbox"/> Testículo o escroto |
| <input type="checkbox"/> Con relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Genital | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |

Para mujeres solamente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Flujo vaginal | <input type="checkbox"/> Problemas de fertilidad |
|--|--|
- Fecha de la última menstruación: _____ Número de embarazos: _____

Para hombres solamente:

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Lesiones genitales | <input type="checkbox"/> Inflamación de testículo o escroto |
|-------------------------------------|---|---|
-
-