


pediatric and adult
PARC
UROLOGY
reconstructive center

Patient Name:

Date of Birth:

Primary Care Physician:

Referring Physician (If different):

Person filling out form:

- Self (teens/adults)
- Mom
- Dad
- Grandparent
- Other (specify: _____)

Ethnicity:

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Hispanic or Latino
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- Caucasian

CHIEF COMPLAINT

Reason for today's visit:

What would you like to talk about or have happen today?

HISTORY OF PRESENT ILLNESS

- Has the patient had Bladder/Kidney/UTIs? No Yes
- Has the patient had any fever with these infections? No Yes
- Does the patient have pain when urinating? No Yes
- Have you seen blood in the urine? No Yes
- Has a test shown blood in the urine? No Yes
- Has the patient had problems with constipation? No Yes
- Is the patient toilet trained? No Yes
 - Does the patient leak urine during the day? No Yes
 - Does the patient get up to urinate at night? No Yes
 - Does the patient wet the bed? No Yes
 - Does the patient get warning about needing to urinate? No Yes
- How often does the patient urinate during the day?

Other medical problems (list):

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Medico de cabecera:

Medico que lo remito:

Persona llenando formulario:

- Yo
- Madre
- Padre
- Abuelo
- Otro (especificar: _____)

Ethnicity:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Hispano o Latino
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- Caucásico

MOTIVA PRINCIPAL DE LA CONSULTA

Motivo de la visita de hoy:

De que quisiera hablar o que quisiera que se le haga hoy?

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

- Ha tenido el paciente vejiga / riñón / UTI? No Si
- El paciente ha tenido fiebre con estas infecciones? No Si
- El paciente tiene dolor al orinar? No Si
- Han observado sangre en la orina? No Si
- Alguna prueba ha mostrado presencia de sangre en la orina? No Si
- El paciente ha tenido problemas de estreñimiento? No Si
- El paciente usa el baño por si mismo? No Si
 - El paciente gotea orina durante el día? No Si
 - El paciente se levanta a orinar por la noche? No Si
 - El paciente moja la cama? No Si
 - El paciente recibe una advertencia cuando necesita orinar? No Si
- Con que frecuencia orina el paciente durante el día?

Otros problemas medicos (anotelos):

PAST HISTORY

Are immunizations UP TO DATE? No Yes
Is the patient allergic to any medications? No Yes
If yes, please list: _____
Please list reactions: _____
Is the patient allergic to LATEX? No Yes
Is the patient taking prescribed medications? No Yes
Please list: _____

Is the patient taking any non-prescribed medications (j.e. herbals, or alternative medications)? How many times per day?
Please list: _____

If the patient is female is she menstruating yet? No Yes
Has the patient ever been hospitalized? No Yes
If yes, please list reason/when: _____

Has the patient had any operations? No Yes
If yes, please list what / when: _____

FAMILY HISTORY

Do any family members have any kidney/urologic problems? No Yes
If yes, please list which family member and problem: _____

REVIEW OF SYSTEMS

Has the patient had any of the following problems?
If yes, please describe.
Brain Problems / Seizures No Yes
Heart Problems No Yes
Breathing Problems No Yes
Sleeping Problems / Snoring No Yes
Stomach Problems No Yes
Bladder / Kidney Problems No Yes
Thyroid Problems No Yes
Bone / Muscle Problems No Yes
Diabetes No Yes
Cancer No Yes
Frequent Infections No Yes
Bleeding Problems No Yes
Other (please list): _____

Descriptions: _____

Comments: _____

SIGNATURES

Patient / Parent / Legal Guardian Signature: _____

Date: _____ Time: _____

ANTECEDENTES

Las vacunas estan AL DIA? No Si
El paciente es alergico a algun medicamento? No Si
Si es así, por favor liste: _____
Indique las reacciones: _____
El paciente es alergico al LATEX? No Si
El paciente toma los medicamentos recetados? No Si
Por favor enumere: _____

Está tomando el paciente algún medicamento no recetado (p. Ej., Hierbas o medicamentos alternativos)? ¿Cuántas veces por día? No Si
Por favor enumere: _____

Si la paciente es mujer, ya está menstruando? No Si
El paciente ha estado internado alguna vez? No Si
En caso afirmativo, indique el motivo / cuándo: _____

El paciente ha tenido alguna cirugía? No Si
En caso afirmativo, indique el motivo / cuándo: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Algun pariente ha tenido problemas renales o urologicos? No Si
Indique quien y el problema medico: _____

EXAMEN DE LOS SISTEMAS CORPORALES

El paciente ha llegado a tener alguno de lo?
Si la respuesta es afirmativa, describalo.
Problemas cerebrates o convulsiones No Si
Problemas cardiacos No Si
Problemas respiratorios No Si
Problemas para dormir o ronca No Si
Problemas estomacales No Si
Problemas de la vejiga o renales No Si
Problemas de tiroides No Si
Problemas oseos o musculares No Si
Diabetes No Si
Cancer No Si
Infecciones frecuentes No Si
Hemorragias No Si
Otro (por favor enumere): _____

Descripciones: _____

Comentarios: _____

FIRMAS

Firma del paciente / padre / tutor legal: _____

Fecha: _____ Hora: _____