

Monterey Bay Urology Associates
Adult and Pediatric Urology

160 Green Valley Rd #203
Freedom, CA 95019
(831) 728-4227 Fax (831) 728-0410

1505 Soquel Drive Suite 5A
Santa Cruz, CA 95065
(831)476-2626 Fax (831) 476-3355

David S. Benjamin M.D.

Vanessa D. Gulla M.D.

Andrew P. Knorr M.D.

QUESTIONARIO PARA PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Nombre y domicilio de su doctor primario _____

Nombres de otros doctores que le atienden (incluya nombre y especialidad) _____

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Historia Medica Previa

A. Anote todo sus problemas medicos
(por ejemplo diabetes, alta presion,
ataques al Corazon, embolio, emfisema)

1. _____

2. _____

3. _____

B. Anote todos los medicamentos incluya
aspirina, vitaminas o yerbas medicinales.

1. _____

2. _____

3. _____

Anote toda cirugia que aiga tenido (anote la fecha) D. Anote cualquier alergia a medicinas

1 _____ 1 _____

2 _____ 2 _____

3 _____ 3 _____

Fuma usted? Si No si contesto si cuantos paquetes al dia y por cuantos anos? _____

Toma usted alcohol Si No si contesto si con que frecuencia? _____

Ah tenido usted problemas por tomar demasiado alcohol Si No _____

Historia medica familiar

Tiene historia familiar de (circule las que apliquen) piedras en los rinones, cancer en la prostata,
problemas de sangramento, tumores en los rinones, problemas con anestesia durante alguna
operacion, diabetes, alta presion, problemas de Corazon, etc.

otros: _____

Historia social

Estado Civil _____ Cuantos hijos _____

Usted esta trabajando ? _____ Retirado ? _____

Historia pasada de urologia

A tenido usted (circule si / no)

1. Problemas al horinar si / no

3. Sangre en la horina si / no

5. Cystoscopia si / no

7. Prostata engrandecida si / no

9. Sirujia de la prostata si / no

11. Sirujia del el rinon oh vejiga si / no

13. Insuficiencia renal oh problemas del rinon si/no

2. Infeccion en la via urinaria si / no

4. Piedra en el rinon si / no

6. Tumor en la vejiga si / no

8. Impotencia (hombres) si / no

10. Cancer de la prostata si / no

12. Enfermedades transmitidas sexualmente si/no

14. Incontinencia urinaria si / no

Historia gynecologica (mujeres solamente)

Fecha de su ultima menstruacion _____ Puede estar usted enbarazada si / no

Cuantos enbarazos _____ cuantos hijos _____ partos vaginales _____ cesarias _____

Historia de (circule todos los que apliquen): endometriosis, cancer del cervix, utero (matris),
ovarios, radiaciond de la pelvis, histerectomia, menopausia oh prolapso vaginal.