

UROLOGY SPECIALISTS OF ATLANTA
 5673 PEACHTREE DUNWOODY ROAD • SUITE 910 • ATLANTA, GA 30342
 PHONE: (404) 255-3822 • FAX: (404) 255-0495

English - Spanish

Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Age:** _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Appointment Date: / Fecha de la cita: ____/____/____

Your Primary Care Doctor: _____ **Your Referring Doctor:** _____
 Médico de cabecera: _____ Médico remitente: _____

PLEASE COMPLETE ALL QUESTIONS / SECTIONS OF THIS FORM
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS Y SECCIONES DE ESTE FORMULARIO

What would you like to discuss with the doctor today? _____
 ¿Cuál es el motivo de su consulta médica?

How long has your issue been going on? / ¿Cuánto tiempo lleva con este problema? _____

When does it occur? / ¿En qué momento se produce? _____

How severe is it? / ¿Cuán grave es? _____

Has anything made it better or worse? / ¿Algo ha mejorado o empeorado su molestia? _____

DO YOU CURRENTLY HAVE ANY PROBLEMS RELATED TO THE FOLLOWING? (PLEASE CHECK YES/NO FOR ALL QUESTIONS)
 ¿EN ESTE MOMENTO TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN RELACIONADA A LO SIGUIENTE? / MARQUE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA

	YES /SÍ	NO		YES /SÍ	NO
CONSTITUTIONAL: / SÍNTOMAS GENERALES:			NEUROLOGICAL: / NEUROLÓGICOS:		
Fever / Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremors / Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shaking Chills / Escalofríos intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty Walking / Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unintentional Weight Loss / Pérdida de peso sin intención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numbness/Tingling of legs / Entumecimiento/Hormigueo en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EYES: / OJOS			GENITOURINARY: / GENITOURINARIO:		
Unexplained Blurry Vision / Visión borrosa sin explicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weak Stream of Urine / Chorro débil de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR: / CARDIOVASCULAR:			Pushing to Urinate / Esfuerzo para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest Pains / Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incomplete Bladder Emptying / Evacuación de orina incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations / Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Urination Daytime / Polaquiuria (micción frecuente) durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRATORY: / RESPIRATORIO:			Frequent Urination Nighttime / Polaquiuria (micción frecuente) nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wheezing / Respiración sibilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urgency of Urination / Necesidad imperiosa de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of Breath / Disnea (falta de aliento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leakage of Urine / Pérdida de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTROINTESTINAL: / GASTROINTESTINALES:			Burning with Urination / Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation / Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower Abdominal Pain / Dolor en la parte inferior del abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straining for Bowel Movement / Esfuerzo para defecar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flank Pain / Dolor de riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leakage of Stool / Incontinencia fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood in the Urine / Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINE: / ENDÓCRINOS:			Recurrent Bladder Infections / Infecciones urinarias recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot Flashes / Sofocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARY (For Men Only): / GENITOURINARIOS (<i>Sólo para hombres</i>):		
Hot / Cold Intolerance / Intolerancia al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erection Problems / Dificultad de erección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOLOGIC: / HEMATOLÓGICOS:			Ejaculatory Problems / Problemas de eyaculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormal Bruising / Equimosis (moretones) anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infertility / Esterilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUSCULOSKELETAL: / OSTEOMUSCULAR:			GENITOURINARY (For Women Only): / GENITOURINARIOS (<i>Sólo para mujeres</i>):		
Bone Pain / Dolor de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain with Intercourse / (Dispareunia) Dolor durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Back Pain / Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaginal Bulge Sensation / Sensación de bulto vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pelvic Pain / Dolor pélvico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Last Menstrual Period (Date): / Último periodo menstrual (fecha):		
			_____ / _____ / _____		

PAST MEDICAL HISTORY: (CHECK ANY MEDICAL CONDITIONS YOU HAVE AND WHEN THEY WERE DIAGNOSED)

ANTECEDENTES MÉDICOS: (MARQUE TODAS LAS AFECCIONES QUE PADECE Y CUANDO SE DIAGNOSTICARON)

I HAVE NO MEDICAL PROBLEMS / NO PADEZCO NINGÚN PROBLEMA DE SALUD

- Glaucoma** / Glaucoma _____
- Angina** / Angina de pecho _____
- Atrial Fibrillation** / Fibrilación auricular _____
- Coronary Heart Disease** / Cardiopatía coronaria _____
- Heart Attack (i.e. MI)** / Ataque cardíaco (infarto de miocardio) _____
- High Cholesterol** / Colesterol elevado _____
- High Blood Pressure (Hypertension)**
Presión arterial elevada (hipertensión) _____
- Asthma** / Asma _____
- COPD** / EPOC _____
- Anemia** / Anemia _____
- Crohn's or Ulcerative Colitis**
Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa _____
- Irritable Bowel Syndrome** / Síndrome del colon irritable _____
- Diverticulitis** / Diverticulitis _____
- Hepatitis** / Hepatitis _____

- Diabetes** / Diabetes _____
- Thyroid (Hypo or Hyperthyroid)**
Tiroides (hipo o hipertiroidea) _____
- Gout** / Gota _____
- Fibromyalgia** / Fibromialgia _____
- Depression** / Depresión _____
- Anxiety** / Ansiedad _____
- Stroke** / Accidente cerebrovascular (ACV) _____
- Spine Problems** / Problemas de columna _____
- Kidney Insufficiency or Failure** / Insuficiencia o fallo renal _____
- Kidney Stones** / Cálculos renales _____
- Kidney Cancer** / Cáncer de riñón _____
- Bladder Cancer** / Cáncer de vejiga _____
- Any Other Cancer** / Cualquier otro cáncer _____
- Other** / Otra enfermedad _____

For Men Only: / Sólo para hombres:

- Enlarged Prostate (i.e. BPH)** / Aumento de tamaño de la próstata
(hipertrofia prostática benigna) _____
- Prostatitis** / Prostatitis _____
- Prostate Cancer** / Cáncer de próstata _____
- Testicular Cancer** / Cáncer testicular _____
- Elevated PSA** / PSA (Antígeno prostático específico) elevado _____

For Women Only: / Sólo para mujeres:

- Number of Vaginal Births:** / Número de partos vaginales: _____
- Number of Cesarean Sections:** / Número de partos por cesárea: _____
- Breast Cancer** / Cáncer de mama _____
- Ovarian Cancer** / Cáncer ovárico _____
- Uterine Cancer** / Cáncer uterino _____
- Endometriosis** / Endometriosis _____

PAST SURGICAL HISTORY: (CHECK ANY PAST SURGERIES AND WHEN THEY OCCURRED)

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (MARQUE TODAS LAS CIRUGÍAS Y CUANDO SE LLEVARON A CABO)

I HAVE HAD NO SURGERIES / NO HE TENIDO OPERACIONES QUIRÚRGICAS

- Amputation** / Amputación _____
- Angioplasty or Heart Stent**
Angioplastia o endoprótesis vascular (stent) _____
- Heart Bypass** / Cirugía de derivación cardíaca _____
- Heart Pacemaker or Defibrillator**
Marcapasos o desfibrilador cardíaco _____
- Blood Vessel Bypass Surgery** / Cirugía de derivación vascular _____
- AV Fistula (For Dialysis)** / Fistula arteriovenosa (para diálisis) _____
- Peritoneal Catheter (For Dialysis)** / Catéter peritoneal (para diálisis) _____
- Hernia Repair** / Herniorrafia _____
- Appendix Removal** / Apendicectomía _____

- Gastric Bypass Surgery** / Cirugía de derivación gástrica _____
- Intestine Surgery** / Cirugía de intestino _____
- Organ Transplant** / Trasplante de órganos _____
- Joint Replacement** / Artroplastia _____
- Back Surgery** / Cirugía de la espalda _____
- Kidney Stone Surgery** / Cirugía por cálculos renales _____
- Radiation for Cancer Treatment**
Radioterapia para el tratamiento de cáncer _____
- Other** / Otra enfermedad _____

For Men Only: / Sólo para hombres:

- Prostate Surgery** / Cirugía de próstata _____
- Prostate Radiation for Cancer**
Radioterapia de la próstata por cáncer _____
- Vasectomy** / Vasectomía _____
- Varicocele Repair** / Varicocelelectomía _____

For Women Only: / Sólo para mujeres:

- Removal of Ovaries** / Ovariectomía bilateral _____
- Removal of Uterus** / Histerectomía _____
- Bladder or Urethra Sling, "Tack", or "Lift"**
Cabestrillo uretral (para sujetar o suspender) _____

FAMILY MEDICAL HISTORY: (CHECK ANY ILLNESSES IN YOUR IMMEDIATE FAMILY)

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES (MARQUE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE HAYAN PADECIDO SUS FAMILIARES CERCANOS)

NO MEDICAL PROBLEMS RUN IN MY FAMILY / NINGUNA AFECCIÓN MÉDICA

	MOM / MADRE	DAD / PADRE	BROTHER / HERMANO	SISTER / HERMANA
<input type="checkbox"/> Bleeding Disorder / Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heart Disease (Before 55 Years of Age) / Cardiopatía (antes de los 55 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kidney Stones / Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prostate Cancer / Cáncer de próstata	N/A / No corresponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A / No corresponde
<input type="checkbox"/> Parkinson's / Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis / Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Other / Otra enfermedad _____				

SOCIAL HISTORY: / ANTECEDENTES SOCIALES:

Are You? **Single** **Married** **Divorced** **Widowed** **Partnered**
Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Vive en pareja

Where Do You Live? (i.e. Home, Assisted Living Facility) / ¿Dónde vive? (es decir, en una casa, en centros tutelados) _____

Occupation: / Ocupación: _____

Do You Drink Alcohol? Yes/Sí No **If Yes, On average how many drinks per week?** _____
¿Bebe alcohol? Si lo hace, ¿cuántas bebidas alcohólicas en promedio bebe por semana?

Do You Smoke? Yes/Sí No **If Yes, How much and for how long do you smoke?** _____
¿Fuma? Si lo hace, ¿qué cantidad fuma y desde hace cuánto tiempo?

Former Smoker? Yes/Sí No **If Yes, How much did you smoke and when did you quit?** _____
¿Fumó alguna vez? Si fumó, ¿cuánto fumaba y cuándo abandonó el hábito?

ALLERGIES: (PLEASE LIST REACTION NEXT TO ANY ALLERGIES)

ALERGIAS: (POR FAVOR ENUMERE LAS REACCIONES QUE PRESENTA CON CADA ALERGIA)

I HAVE NO KNOWN ALLERGIES / NO TENGO ALERGIAS CONOCIDAS

- Penicillin (i.e. Amoxicillin, Augmentin®)** _____
Penicilina (Amoxicilina, Augmentin®)
- Cephalosporins (i.e. Keflex®, Cefitin®)** _____
Cefalosporinas (Keflex®, Cefitin®)
- Sulfa (i.e. Bactrim®, Septra®)** _____
Sulfa (Bactrim®, Septra®)
- Macrobid® (i.e. Nitrofurantoin)** _____
Macrobid® (nitrofurantoina)
- Fluoroquinolone (i.e. Cipro®, Levaquin®)** _____
Fluoroquinolones (Cipro®, Levaquin®)
- Tetracycline (i.e. Doxycycline®)** _____
Tetraciclina (Doxycycline®)

- Latex** _____
Latex
- Iodine (i.d. CAT Scan Contrast)** _____
Yodo (p. ej. el medio de contraste para TAC)
- Morphine** _____
Morfina
- Percocet®, Vicodin®, Codeine** _____
Percocet®, Vicodin®, Codeina
- Other:** _____
Otras alergias:

CURRENT MEDICATIONS: (PLEASE LIST ALL MEDICATIONS, PLEASE DO NOT WRITE “NO CHANGE” OR “SAME”)

MEDICAMENTOS ACTUALES: (POR FAVOR ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS, NO ESCRIBA «SIN CAMBIOS» O «IGUAL»)

I DO NOT TAKE ANY MEDICATIONS / NO TOMO NINGÚN MEDICAMENTO

Medication Medicamento	Dose Dosis	Date Started Fecha en que comenzó	Reason For Taking Medication Motivo por el que toma el medicamento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____