

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):		
			_____ / _____ / _____		

SINCE YOUR LAST VISIT TO UROLOGY SPECIALISTS OF ATLANTA HAVE YOU?

DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA CON UROLOGY SPECIALISTS OF ATLANTA, ¿LE HA SUCEDIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

1) **Been Diagnosed with Any New Medical Condition?** / ¿Le han diagnosticado alguna afección nueva? **Yes / Sí** **No**

If Yes, Please Provide Details: / Si la respuesta es «Sí», sírvase proporcionar detalles: _____

2) **Had Any Surgeries or Procedures?** / ¿Alguna operación o procedimiento? **Yes / Sí** **No**

If Yes, Please Provide Details: / Si la respuesta es «Sí», sírvase proporcionar detalles: _____

3) **Been Hospitalized?** / ¿Ha estado hospitalizado? **Yes / Sí** **No**

If Yes, Please Provide Details: / Si la respuesta es «Sí», sírvase proporcionar detalles: _____

4) **Smoking History:** / Historial de tabaquismo:

Current Every Day Smoker / Fumador actual de todos los días

Current Some Day Smoker / Fumador actual de algunos días

Former Smoker / Ex fumador

Never Smoker / Nunca fumó

5) **Do You Have Any Medication Allergies?** / ¿Tiene alergias a algún medicamento? **Yes / Sí** **No**

If Yes, Please Provide Drug Reaction: / Si la respuesta es «Sí», explique la reacción: _____

CURRENT MEDICATIONS: (PLEASE LIST ALL MEDICATIONS, INCLUDING HERBAL REMEDIES)

MEDICAMENTOS ACTUALES: (ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS INCLUYENDO LAS PLANTAS MEDICINALES)

I DO NOT TAKE ANY MEDICATIONS / NO TOMO MEDICAMENTOS

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

----- **PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE** -----
POR FAVOR, NO ESCRIBA DESPUÉS DE ESTA LÍNEA DIVISORA

DOCTOR'S SIGNATURE _____ DATE: ____/____/____ TIME: ____:____ AM/PM

REVIEWED BY WILLIAM NABORS, MD

MEDICAL ASSISTANT: _____