

Primera Visita: ____/____/____

Por favor circule cualquier síntomas influjo positivo que figuran a continuación:

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿CÓMO TE SIENTES HOY?

¿Es usted capaz de orinar?

misma como de costumbre

más de lo habitual

menos de lo habitual

¿de qué color es la orina?

amarilla-clara

nublado de color amarillo oscuro

rojo

como la coca cola

Tiene usted?

sangre en la orina?

orina espumosa?

dolor al orinar?

¿Ha tenido una infección de orina últimamente?

Sí

No

¿Tiene la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de su acabado de orinar?

Sí

No

¿Ha encontrado dificultades para posponer la micción?

Sí

No

¿Usted tiene que empujar o esforzarse para comenzar a orinar?

Sí

No

¿Tiene usted un flujo urinario débil?

Sí

No

¿Se escapa orina al toser o ejercicio?

Sí

No

¿Tiene que orinar durante la noche?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

¿Tiene dolor en los riñones (flancos)?

Sí

No

En caso afirmativo, Izquierda Derecha Ambos lados

¿Usted come con sal?

Ninguno

Un poco

Monderate

Una gran cantidad

¿Cuánta agua / líquidos bebe usted al día?

¿Tiene hinchazón en las piernas?

No

Un poco

Monderate

Una gran cantidad

Es la hinchazón de las piernas conseguir:

Mejor

Peor

No ha cambiado en el último período de tiempo

¿Cambió su peso recientemente?

No

Peso Ganado

Pérdida de peso

¿Siente dificultad para respirar?

No

A veces

Sólo cuando camino

Cuando estoy descansando

Todo el tiempo cuando estoy acostado plana

¿Está empeorando?

Mejor

Peor

No ha cambiado en el último período de tiempo

Su apetito es:

Normal

Pérdida de apetito

aumento del apetito

¿Cuántas veces se olvida de sus medicamentos a la semana?

Nunca

Una vez por semana

Dos veces por semana

Más de dos veces por semana

¿Revisa su presión arterial en casa?

Sí

No

¿Revisa su presión arterial en casa?

Sí

No

¿Toma algún medicamento, como: Motrin Ibuprofen Advil Aleve Naproxen Celebrex Idomethacin

Otros analgésicos por favor la lista

¿Es usted toma otros medicamentos / suplementos que no sean prescritos? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles? Por favor escriba _____

¿Le recetaron algún medicamento nuevo últimamente (el mes pasado)? Sí No

Por favor escriba _____

¿Te ben hospitalizado recientemente? Sí No Razón _____

¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgico? Sí No En caso afirmativo, ¿cuáles? Por favor escribe

General: Fiebre Fatiga Escalofríos Debilidad

Ojos: Mala vision Dolor en los ojos Enrojecimiento de los ojos Visión doble Resequedad en los ojos

Oídos / Nariz / Garganta: La pérdida de audición El dolor de oído Drenaje del oído Problemas del sino Dolor de garganta

Drenaje de la nariz Dolores de cabeza Ronquera Zumbido en sus oídos Dolor en la boca

Respiratorio: Tos El esputo: blanco amarillo verde sangrienta Sibilancias Sudores nocturnos

¿Se puede tomar un tramo de escaleras sin feeling falta el aire? Sí No

Cardiaca: Dolor en el pecho / presión dentro de las últimas 4 semanas? Palpitaciones Dolor en sus claves al caminar?

¿Te levantas en el medio de la noche debido a la falta de aire? Sí No

Gastro / estómago: sabor metálico dolor abdominal náuseas/ vómitos acidez estomacal diarrea

estreñimiento heces fecales con sangre o negras dificultad para tragar

Articulaciones / Músculos: dolor de espalda dolor de cuello dolor en las articulaciones dolor muscular

calambres en las piernas

Cambios en la piel: Erupciones Comezón

Neurológico: Entumecimiento/ hormigueo temblor convulsion pérdida de memoria movimientos espasmódicos

Psicológica/Sueño: depresión insomnio somnolencia ronquidos día somnolencia tiempo

Endocrino: aumento de la sed aumento de la ingesta de agua caída del cabello demasiado pelo

Hematológicas: sangrado de las encías fácil aparición de moretones ganglios linfáticos agrandados dolor de huesos

Alergia: alergias estacionales urticarial

Por favor escriba cualquier otros problemas importantes que le están molestando:

