



PAPELEO PARA PACIENTES NUEVOS Y POLÍTICAS DE LA CLÍNICA

Complete los formularios adjuntos antes de su próxima visita. Es necesario proporcionar información a nuestros médicos y personal médico para que la revisen y garanticen la mejor atención posible. Tenga en cuenta las siguientes políticas:

1. Pedimos a todos los pacientes que lleguen 15 minutos antes de la hora programada de su cita para anotarse, registrar su llegada y completar cualquier papeleo adicional.
2. Todos los pacientes que lleguen con más de 10 minutos de demora a su cita serán reprogramados.
3. Llame para cancelar o reprogramar su cita con al menos 48 horas de anticipación.
4. Todos los pacientes que falten a 3 o más citas serán dados de alta de nuestra clínica.

Esté preparado para proporcionar una muestra de orina en la visita programada

***** NOTA: LOS COPAGOS Y SALDOS VENCIDOS DEBEN PAGARSE AL MOMENTO DEL REGISTRO *****

Información de contacto de la oficina: Teléfono: 801-288-2634 Fax: 801-288-1186

Dirección de la oficina principal: 3702 S. State Street, Suite #107, Salt Lake City, UT 84115

CUESTIONARIO del paciente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Proveedor que refiere: _____ Médico de atención primaria : _____
Farmacia preferida: _____
Motivo de la referencia: _____

Revisión de los síntomas (indique cada síntoma que está experimentando actualmente):

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en el costado/flanco |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Orina espumosa |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Vacilación urinaria | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Ardor/dolor al orinar | |
| <input type="checkbox"/> Micción frecuente (número de micciones nocturnas): _____ | | | | |

Historial médico (afecciones actuales y previas)

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias crónicas | <input type="checkbox"/> Quistes en el riñón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Cáncer de riñón | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Gota |

¿Tiene diabetes? En caso afirmativo, responda lo siguiente:

Fecha de diagnóstico: _____ ¿Tiene algún hormigueo/entumecimiento en las manos o los pies?

- Sí No Indique algunas lecturas promedio de azúcar en la sangre: _____

¿Tiene presión arterial alta? En caso afirmativo, responda lo siguiente:

Fecha de diagnóstico: _____ ¿Tiene un tensiómetro? Sí No Indique algunas lecturas promedio de la presión arterial: _____

Procedimientos (indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas):

Biopsia de riñón

Centro: _____

Fecha: _____

Trasplante de riñón

Centro: _____

Fecha: _____

Ecografía renal/abdominal

Centro: _____

Fecha: _____

TAC de riñón/abdominal

Centro: _____

Fecha: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (indique las siguientes afecciones que han tenido sus padres, hermanos o hijos):

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal poliquística |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata | <input type="checkbox"/> Anemia |

Haga una lista de cualquier otra afección médica por la que haya recibido tratamiento en la actualidad o en el pasado:

¿Ha consumido alguno de los siguientes? En caso afirmativo, indique las fechas de inicio/ finalización y la frecuencia:

- Tabaco: _____
- Alcohol: _____
- Drogas recreativas: _____

¿Toma productos herbales o suplementos de venta libre? En caso afirmativo, indíquelos:

¿Toma analgésicos de venta libre? (es decir, Tylenol, Ibuprofeno, Advil, Aspirina, Motrin, Excedrin, etc.) En caso afirmativo, anote el medicamento, la dosis y cuánto tiempo ha estado tomándolo:

¿Tiene alergia a algún medicamento? En caso afirmativo, indique el medicamento y la reacción:

Revise la lista de medicamentos adjunta. Tache o haga una “X” en los medicamentos que ya no toma y agregue “+” a los medicamentos que faltan en su lista. Asegúrese de anotar la dosis y la frecuencia (una vez al día, dos veces al día, semanalmente, mensualmente, etc.).