

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

PATIENT HISTORY FORM/ FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE:

FECHA: _____

NAME/NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **SEGUNDO NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

EMAIL: _____

REASONS FOR TODAY'S VISIT/RAZON POR LA VISITA DE HOY: _____

PRIMARY DOCTOR & PHONE #/ DOCTOR PRIMARIO Y TELÉFONO: _____

REFERRING DOCTOR/DOCTOR QUE LO REFERIO Y TELÉFONO: _____

PHARMACY NAME & PHONE #/ NOMBRE DE LA FARMACIA Y TELÉFONO: _____

DRUG ALLERGIES/ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO NONE/NINGUNA

DO YOU HAVE ANY ALLERGIES TO IODINE?/TIENE ALGUNA ALERGI A AL YODO? YES/SÍ NO

DRUG/MEDICAMENTO

REACTION/REACCIÓN

MEDICATION/MEDICAMENTOS INCLUYA TODOS HASTA ESOS SIN RECETA NONE/NINGUNO

NAME OF DRUG/NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSE/DOSIS	# TIMES PER DAY/VECES AL DÍA	NAME OF DRUG/NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSE/DOSIS	# TIMES PER DAY/VECES AL DÍA
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ARE YOU TAKING ANY BLOOD THINNERS?/ ESTÁ TOMANDO ALGÚN ANTICOAGULANETE (SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

YES/SÍ NO

ASPIRIN COUMADIN WARFARIN ELIQUIS XARELTO PRADAXA PLAVIX AGGRENOX BRILINTA

OTHER _____

DID YOU GET A PNEUMOCOCCAL VACCINE?/ RECIBIO UNA VACUNA NEUMOCÓCICA? YES/SÍ NO _____

ADMINISTERED BY/DONDE RECIBIO LA VACUNA? _____

HAVE YOU HAD A RECENT COLONOSCOPY? SE HIZO UNA COLONOSCOPIA RECIENTEMENTE? YES/SÍ NO _____

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

PAST SURGICAL HISTORY / HISOTRIA QUIRÚRGICA

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> APPENDECTOMY/APENDICECTOMÍA | <input type="checkbox"/> CHOLECYSTECTOMY/COLECISTECTOMÍA | <input type="checkbox"/> BACK SURGERY/CIRUGÍA DE ESPALDA |
| <input type="checkbox"/> NEPHRECTOMY/ NEFRECTOMÍA | <input type="checkbox"/> VASECTOMY/VASECTOMÍA | <input type="checkbox"/> C-SECTION/CESÁREA |
| <input type="checkbox"/> GASTRIC BYPASS/BYPASS GÁSTRICO | <input type="checkbox"/> SPLENECTOMY/ESPLENECTOMÍA | <input type="checkbox"/> COLONOSCOPY DATE/COLONOSCOPIA
FECHA: _____ |
| <input type="checkbox"/> PROSTATECTOMY/PROSTATECTOMÍA | <input type="checkbox"/> HEMORRHOIDECTOMY/HEMORROIDECTOMÍA | <input type="checkbox"/> PACEMAKER IMPLANT/IMPLANT
DE MARCAPASOS |
| <input type="checkbox"/> HERNIA REPAIR/REPARACIÓN DE HERNIA | <input type="checkbox"/> CABG (CORONARY BYPASS)/BYPASS CORONARIO | |
| <input type="checkbox"/> THYROIDECTOMY/TIROIDECTOMÍA | <input type="checkbox"/> HIP REPLACEMENT/REEMPLAZO DE CADERA | |
| <input type="checkbox"/> HYSTERECTOMY/HISTERECTOMÍA | <input type="checkbox"/> COLON RESECTION/RESECCIÓN DE COLON | |
| <input type="checkbox"/> TURP/RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA | | |

PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MÉDICA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZHEIMER'S | <input type="checkbox"/> CORONARY HEART DISEASE/ENFERMEDAD CORONARIA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> SEIZURE/CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DEPRESSION/DEPRESIÓN |
| <input type="checkbox"/> HERNIA | <input type="checkbox"/> STROKE (CVA)/DERRAME CEREBRAL (AVC) | <input type="checkbox"/> ANXIETY DISORDER/ANSIEDAD |
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS (TIPO 1 O 2) | <input type="checkbox"/> HYPERTENSION/HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> ARTHRITIS/ARTRITIS |
| <input type="checkbox"/> ASTHMA/ASMA | <input type="checkbox"/> TRANSIENT ISCHEMIC/ISQUEMIA TRANSITORIA | <input type="checkbox"/> MIGRAINE/MIGRAÑAS |
| <input type="checkbox"/> FIBROMYALGIA/FIBROMIALGIA | <input type="checkbox"/> DVT (VENOUS EMBOLISM)/TVP (EMBOLISMO VENOSO) | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS |
| <input type="checkbox"/> HYPERTHYROIDISM/HIPERTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> ELEVATED CHOLESTEROL/COLESTEROL ELEVAD | |
| <input type="checkbox"/> HYPOTHYROIDISM/HIPOTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> BLEEDING DISORDERS/TRASTORNOS DE LA SANGRE | |
| <input type="checkbox"/> ESOPHAGEAL REFLUX/REFLUJO ESOFÁGICO | <input type="checkbox"/> IRRITABLE BOWEL DZ/ENFERMEDAD INTESTINAL | |
| <input type="checkbox"/> CARDIAC ARRHYTHMIA/ARRITMIA CARDIACA | <input type="checkbox"/> KIDNEY STONE/CÁLCULOS RENALES | |
| <input type="checkbox"/> CONGESTIVE HEART DISEASE/ENFERMEDAD CARDÍACA CONGESTIVA | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA (OPEN/CLOSED)/(ABIERTA O CERRADA) | |
| <input type="checkbox"/> COPD (LUNG DISEASE)/EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR) | <input type="checkbox"/> HEART ATTACK (MI)/INFARTO DE MIOCARDIO | |
| <input type="checkbox"/> ATTACK (TIA)/ATAQUE (AIT) | | |
| <input type="checkbox"/> CANCER (MENCIONE TODOS): _____ | | |

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR (ESPECIFIQUE EL MIEMBRO FAMILIAR)

- | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| BLADDER/VEJIGA CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | UTERINE/UTERINO CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| BREAST/SENO CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | HYPERTENSION/HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| CERVICAL CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | HEART DISEASE/CARDIOPATÍA | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| OVARIAN/OVARIO CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | KIDNEY/RIÑÓN CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | KIDNEY STONES/ CÁLCULOS RENALES | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| OTHER _____ | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | PROSTATE/PRÓSTATA CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| OTHER _____ | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | OTHER _____ | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

SOCIAL HISTORY / HISTORIA PERSONAL

MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL: SINGLE/SOLTERO/A MARRIED/CASADO/A
 DIVORCED/DIVORCIADO/A WIDOWED/VIDUO/A

TOBACCO USE/ USO NON-SMOKER/ SMOKER _____ PACKS/DAY _____ YEARS PREVIOUS SMOKER – QUIT
DE TABACO: NO FUMADOR FUMADOR PAQUETES/DÍA/AÑO CUANDO PARO DE FUMAR

HOW MANY CAFFEINE DRINKS PER DAY / 0 1 2 3 4 5+
CUANTAS TAZAS DE CAFÉ TOMA POR DÍA?

HEIGHT/ALTURA: _____ FEET/PIES _____ INCHES/PULGADAS WEIGHT/PESO: _____ LIBRAS

USUAL BLOOD PRESSURE READING/PRESIÓN ARTERIAL HABITUAL _____

CONSTITUTIONAL / CONSTITUCIONAL

FEVER/FIEBRE YES NO
CHILLS/ESCALOFRIOS YES NO
HOT FLASHES/SOFOCOS YES NO
FATIGUE/FATIGA YES NO
WEIGHT LOSS/PERDIÓ PESO YES NO
WEIGHT GAIN/AUMENTO DE PESO YES NO
WEAKNESS/DEBILIDAD YES NO
LOSS OF APPETITE/MENOS APETITO YES NO

OPHTHALMOLOGY / OPHTHALMOLOGÍA

CATARACTS/CATARATAS YES NO
GLAUCOMA YES NO
BLURRY VISION/VISIÓN BORROSA YES NO
DRY EYES/OJOS SECOS YES NO
VISION LOSS/VISIÓN PÉRDIDA YES NO

ENT / OTORRINOLARINGÓLOGO

TINNITIS (ZUMBIDO DEL OÍDO) YES NO
HEARING LOSS/AUDICIÓN PÉRDIDA YES NO
SINUS ISSUES/PROBLEMAS SINUSALES YES NO
NOSE BLEEDS/SANGRADO DE NARIZ YES NO
DRY MOUTH/BOCA SECA YES NO
SWALLOWING ISSUES/
DIFICULTAD TRAGANDO YES NO
SORE THROAT/DOLOR DE GARGANTA YES NO

CARDIOLOGY / CARDIOLOGÍA

SWELL ANKLES/TOBILLOS HINCHADOS YES NO
CHEST PAIN/DOLOR DEL PECHO YES NO
DIZZINESS/MAREOS YES NO
IRREGULAR HEARTBEAT/
IRREGULARIDAD DE LATIDOS YES NO
PALPITATIONS/PALPITACIONES YES NO

RESPIRATORY / RESPIRATORIO

SHORTNESS OF BREATH/DIFICULTAD RESPIRANDO YES NO
WHEEZING/SILBIDO DEL PECHO YES NO
COUGH/TOS YES NO

GASTROENTEROLOGY / GASTROENTEROLOGÍA

ABDOMINAL PAIN/DOLOR ABDOMINAL YES NO
CONSTIPATION/CONSTIPACIÓN YES NO
DIARRHEA/DIARREA YES NO
NAUSEA/VOMITING/VOMITANDO YES NO
HEARTBURN/ACIDEZ DEL CORAZÓN YES NO
INDIGESTION YES NO
BLOOD IN STOOL/SANGRE EN LAS HECEAS YES NO

MUSCULOSKELETAL / MUSCULOESQUELÉTICO

FLANK PAIN/DOLOR DE COSTADO YES NO
BACK PAIN/DOLOR DE ESPALDA YES NO
SORE MUSCLES/MUSCULOS DOLOROSOS YES NO
JOINT SWELLING, STIFFNESS, PAIN/HINCHAZON DE
ARTICULACIONES, RIGIDEZ, Y DOLOR YES NO

UROLOGIC / UROLÓGICO

NIGHTTIME URINATION/ORINAR DE NOCHE YES NO
DIFFICULTY STARTING STREAM/DIFICULTAD EMPEZANDO
ORINAR YES NO
WEAK STREAM/CHORRO DÉBIL YES NO
LEAKAGE OR DRIBBLING/GOTEO DE ORINA YES NO
PAINFUL URINATION/DOLOR AL ORINAR YES NO
BLOOD IN URINE/SANGRE EN LA ORINA YES NO
FREQUENT URINATION/FRECUENCIA YES NO
URGENT URINATION/URGENCIA YES NO
INCOMPLETE BLADDER EMPTYING/VACIADO INCOMPLETO
DE LA VEJIGA YES NO

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071

Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

GYNECOLOGIC / GINECOLÓGICO

- POST MENOPAUSAL/POSTMENOPÁUSICA YES NO
VAGINAL DRYNESS/SEQUEDAD VAGINAL YES NO
VAGINAL PAIN/DOLOR VAGINAL YES NO
VAGINAL DISCHARGE/FLUJO VAGINAL YES NO
VAGINAL ITCHING/PICAZÓN VAGINAL YES NO
PAIN WITH SEX/DOLOR CON EL SEXO YES NO
ON HORMONE REPLACEMENT?/
ACTUALMENTE EN REEMPLAZO HORMONAL? YES NO

MALE REPRODUCTIVE / SISTEMA REPRODUCTIVO DEL HOMBRE

- DIFFICULTY WITH ERECTION/DIFICULTAD CON LA ERECCIÓN YES NO
PAIN WITH ERECTION/DOLOR CON LA ERECCIÓN YES NO
DIFFICULTY WITH EJACULATION/DIFICULTAD CON LA EYACULACIÓN YES NO
DIMINISHED SEXUAL DRIVE/DISMINUCIÓN DEL IMPULSO SEXUAL YES NO
PENILE PAIN/DOLOR DE PENE YES NO
PENILE CURVATURE/CURVATURA DEL PENE YES NO
TESTICULAR PAIN/DOLOR TESTICULAR YES NO

ENDOCRINE/ ENDOCRINO

- EXCESSIVE THIRST/SED EXCESIVA YES NO
EXCESSIVE URINATION/ORINACIÓN EXCESIVA YES NO
COLD INTOLERANCE/INTOLERANCIA AL FRÍO YES NO
HEAT INTOLERANCE/INTOLERANCIA AL CALOR YES NO

HEMATOLOGIC / LYMPHATIC / HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

- BUISES EASILY/MORETONES/MORADOS FACILMENTE YES NO
SWOLLEN LYMPH NODES/GANGLIOS LINFÁTICOS INFLAMADOS YES NO
BLOOD CLOTTING PROBLEM/
PROBLEMA DE COAGULACIÓN DE LA SANGRE YES NO

DERMATOLOGY / DERMATOLOGÍA

- RASH / ITCHING/ERUPCION/PICAZON YES NO
DRY OR SENSITIVE SKIN/PIEL SECA O SENSIBLE YES NO
SKIN CANCER/CANCER DE LA PIEL YES NO

NEUROLOGY/ NEUROLOGÍA

- HEADACHE/DOLORES DE CABEZA YES NO
NUMBNESS /TINGLING/HORMIGUEO O ENTUMECIMIENTO YES NO
WEAKNESS/DEBILIDAD YES NO
DIZZINESS/MAREOS YES NO
SEIZURES / CONVULSIONS/CONVULSIONES YES NO
ANXIETY /DEPRESSION/ANSIEDAD O DEPRESIÓN YES NO