

SPRINGS UROLOGY

1725 University Drive, Suite 400 • Coral Springs, Florida 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

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

PATIENT HISTORY FORM

DATE: _____

NAME/NOMBRE: _____ DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO: _____
AGE/EDAD: _____

EMAIL: _____

REASON(S) FOR TODAY'S VISIT/ RAZON POR LA VISITA DE HOY: _____

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

PHARMACY NAME & PHONE #/FARMACIA Y TELEFONO: _____

REFERRING DOCTOR & PHONE #/ DOCTOR QUE LO REFERIO & TELEFONO: _____

MEDICAL HISTORY

CHRONIC MEDICAL CONDITIONS (CHECK ALL THAT APPLY) / CONDICIONES MEDICAS CRONICAS (MARQUE LAS QUE APLICAN):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BLEEDING PROBLEMS/ SANGRADO | <input type="checkbox"/> KIDNEY DISEASE/ENFERMEDAD DE LOS RINONES | <input type="checkbox"/> CARDIAC STENT PLACEMENT/
COLOCACION DE STENT CARDIACO |
| <input type="checkbox"/> HEART DISEASE/ENFERMEDAD DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> KIDNEY STONES/PIEDRAS EN LOS RINONES | <input type="checkbox"/> CANCER _____ |
| <input type="checkbox"/> HIGH BLOOD PRESSURE/ALTA PRESION | <input type="checkbox"/> OPEN HEART SURGERY/ CIRUGIA DE CORAZON ABIERTO | <input type="checkbox"/> OTHER/ OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> PERIPHERAL VASCULAR DISEASE/
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA | <input type="checkbox"/> PACEMAKER/MARCA PASOS | <input type="checkbox"/> DEFIBRILADER <input type="checkbox"/> DIABETES |

SURGICAL

HISTORY

*INCLUDING DATES/FETCHAS

- KIDNEY STONE SURGERY/CIRUGIA DE PIEDRAS EN LOS RINONES _____
 COLONOSCOPY/COLONOSCOPIA (DATE/FECHA) _____
 OTHER/OTRO _____

DRUG ALLERGIES/MECICAMIENTOS ALERGICOS:

ALLERGIES TO IODINE/SHELLFISH/ALERGIA AI YODO/MARISCOS: YES/SI NO OTHER/OTRO: _____

MEDICATION HISTORY –PLEASE LIST ALL OF THE MEDICATIONS YOU ARE CURRENTLY TAKING (INCLUDING OVER THE COUNTER) / **POR FAVOR LISTE TODO LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (INCLUYENDO SIN RECETA):** NONE

NAME OF DRUG/ NOMBRE DE MEDICAMENTO	MG DOSE / DOSIS MG	# TIMES PER DAY / VECES POR DIA	NAME OF DRUG / NOMBRE DE MEDICAMENTO	MG DOSE / DOSIS MG	# TIMES PER DAY/ VECES POR DIA
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ARE YOU TAKING ANY BLOOD THINNERS/ **TOMANDO ALGUN ANTIGOAGULANTE?** YES/SI NO

DO YOU TAKE?/ **ESTA TOMANDO:** ASPRIN COUMADIN WARFARIN ELIQUIS XARELTO
 PRADAXA PLAVIX AGGRENOX BRILINTA

FAMILY HISTORY FAMILY HISTORY/ **HISTORIAL FAMILIAR:** (PLEASE SPECIFY FAMILY MEMBER/ POR FAVOR ESPLIQUE MIEMBRO FAMILIAR)

- KIDNEY STONES / **PIEDRAS RENALES** YES NO _____
CERVICAL CANCER / **CANCER DE CUELLO UTERINO** YES NO _____
KIDNEY CANCER / **CANCER RINON** YES NO _____
HYPERTENSION / **HIPERTENSION** YES NO _____
BLADDER CANCER/ **CANCER DE LA VEJIGA** YES NO _____
DIABETES YES NO _____
UTERINE CANCER/ **CANCER UTERINO** YES NO _____

SPRINGS UROLOGY

1725 University Drive, Suite 400 • Coral Springs, Florida 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

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

FAMILY HISTORY CONT'D FAMILY HISTORY/ **HISTORIAL FAMILIAR:** (PLEASE SPECIFY FAMILY MEMBER/ **POR FAVOR ESPECIFIQUE MIEMBRO FAMILIAR**)

HEART DISEASE/ **ENFERMEDAD DEL CORAZON** YES NO _____

PROSTATE CANCER/**CANCER DE PROSTATA** YES NO _____

BREAST CANCER/ **CANCER DE SENO** YES NO _____

OVARIAN CANCER/ **CANCER DE OVARIO** YES NO _____

DID YOU GET A FLU SHOT THIS YEAR / **RECIBIO UNA VACUNA CONTRA LA GRIPE?** YES NO

DATE/**FECHA:** _____

DID YOU GET A PNEUMOCOCCAL VACCINE THIS YEAR/ **RECIBIO UNA VACUNA ANTINEUMOCOCICA ESTE AÑO?**

YES NO DATE/**FECHA:** _____

SOCIAL HISTORY

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

ALCOHOL USE YES / SI **SOCIAL**
USO DE ALCOHOL:

CAFFEINE USE/**USO** YES / SI HOW MANY CAFFEINE DRINKS PER DAY / 0 1 2 3 4
DE CAFEINA: **CUANTAS TAZAS DE CAFÉ TOMA POR DIA?**

CONSTITUTIONAL

FEVER / **FIEBRE** YES NO

CHILLS / **ESCALOFRIOS** YES NO

HOT FLASHES / **SOFOCOS** YES NO

FATIGUE / **FATIGA** YES NO

WEIGHT LOSS / **PERDIO PESO** YES NO

WEIGHT GAIN / **GANO PESO** YES NO

WEAKNESS / **DEBILIDAD** YES NO

LOSS OF APPETITE / **PERDIDA DE APETITO** YES NO

OPHTHALMOLOGY

CATARACTS / **CATARATAS** YES NO

GLAUCOMA YES NO

BLURRY VISION / **VISION BORROSA** YES NO

DRY EYES / **OJOS SECOS** YES NO

VISION LOSS / **PERDIDA DE LA VISION** YES NO

ENT

TINNITIS (RINGING IN EAR)/ **ZUMBIDO EN LOS OIDOS** YES NO

HEARING LOSS / DIFFICULTY HEARING/
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR YES NO

SINUS PROBLEMS / **PROBLEMAS DE SINUSITIS** YES NO

NOSE BLEEDS / **SANGRADO DE LA NARIZ** YES NO

DRY MOUTH / **BOCA SECA** YES NO

DIFFICULTY SWALLOWING / **DIFICULTAD PARA TRAGAR** YES NO

SORE THROAT/ **DOLOR DE GARGANTA** YES NO

CARDIOLOGY

SWELLING OF ANKLES/ **TOBILLOS HINCHADOS** YES NO

CHEST PAIN/ **DOLOR DE PECHO** YES NO

DIZZINESS / **MAREO** YES NO

IRREGULAR HEARTBEAT / **LATIDO DEL CORAZON**

IRREGULAR YES NO

PALPITATIONS / **PALPITACIONES** YES NO

RESPIRATORY

SHORTNESS OF BREATH / **DIFICULTAD PARA RESPIRAR** YES NO

WHEEZING/ **SILBIDO EN EL PECHO** YES NO

COUGH / **TOS** YES NO

GASTROENTEROLOGY

ABDOMINAL PAIN / **DOLOR ABDOMINAL** YES NO

CONSTIPATION / **ESTREÑIMIENTO** YES NO

DIARRHEA / **DIARREA** YES NO

NAUSEA / VOMITING / **NAUSEA/VOMITOS** YES NO

HEARTBURN / INDIGESTION/**ACIDEZ/**

INDIGESTION YES NO

BLOOD IN STOOL / **SANGRE EN LAS HECES**

FECALES YES NO

MUSCULOSKELETAL

FLANK PAIN / **DOLOR DE COSTADO** YES NO

BACK PAIN / **DOLOR DE ESPALDA** YES NO

SORE MUSCLES / **DOLOR MUSCULAR** YES NO

JOINT SWELLING, STIFFNESS, PAIN/ **HINCHAZON**

DE LAS ARTICULACIONES, RIGIDEZ,

DOLOR YES NO

UROLOGIC

LEAKAGE OR DRIBBLING/**PERDIDA CONTROL**

ORIA YES NO

PAINFUL URINATION/ **DOLOR AL ORINAR** YES NO

BLOOD IN URINE / **SANGRE EN LA ORINA** YES NO

FREQUENT URINATION / **MICCION**

FRECUENTE YES NO

URGENT URINATION / **NECESIDAD URGENTE DE**

ORINAR YES NO

NIGHTTIME URINATION / **MICCION**

NOCTURIA YES NO

DIFFICULTY STARTING STREAM/**DIFICULTAD PARA**

COMENZAR A ORINA YES NO

WEAK STREAM/ **CHORRO DEBIL** YES NO

INCOMPLETE BLADDER EMPTYING/ **SENSACION**

DE VACIADO INCOMPLETO YES NO

SPRINGS UROLOGY

1725 University Drive, Suite 400 • Coral Springs, Florida 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

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

HYSTORY CONTINUED

GYNECOLOGIC

POST MENOPAUSAL / **POSMENOPAUSIA** YES NO
CURRENTLY ON HORMONE REPLACEMENT/
ACTUALMENTE EN REEMPLAZO HORMONAL? YES NO
VAGINAL DRYNESS / **SEQUEDAD VAGINAL** YES NO
VAGINAL PAIN / **DOLOR VAGINAL** YES NO
VAGINAL DISCHARGE / **FLUJO VAGINAL** YES NO
VAGINAL ITCHING / **PICOR VAGINAL** YES NO
PAIN WITH SEX / **DOLOR CON SEXO** YES NO

MALE REPRODUCTIVE

DIFFICULTY WITH ERECTION / **DIFICULTAD DE ERECCION** YES NO
DIFFICULTY WITH EJACULATION / **DIFICULTAD DE**
EYACULACION YES NO
DIMINISHED SEXUAL DRIVE / **DISMINUCION DEL**
IMPULSO SEXUAL YES NO
PENILE PAIN / **DOLOR EN EL PENE** YES NO
TESTICULAR PAIN / **DOLOR TESTICULAR** YES NO

ENDOCRINE

EXCESSIVE THIRST / **SED EXCESIVA** YES NO
EXCESSIVE URINATION / **EXCESO DE ORINA** YES NO
COLD INTOLERANCE / **INTOLERANCIA AL FRIO** YES NO
HEAT INTOLERANCE / **INTOLERANCIA AL CALOR** YES NO

HEMATOLOGIC / LYMPHATIC

BRUISES EASILY / **MORETONES FACILMENTE / MORADOS** YES NO
SWOLLEN LYMPH NODES / **GANGLIO LINFATICO**
INFLAMADO YES NO
BLOOD CLOTTING PROBLEM / **PROBLEMA DE**
COAGULACION DE LA SANGRE YES NO

DERMATOLOGY

RASH / **ERUPCION** YES NO
ITCHING / **COMEZON / PICOR** YES NO
DRY OR SENSITIVE SKIN / **PIEL SECA O SENSIBLE** YES NO
SKIN CANCER / **CANCER DE LA PIEL** YES NO

NEUROLOGY

HEADACHE / **DOLOR DE CABEZA** YES NO
NUMBNESS / TINGLING / **ENTUMECIMIENTO/**
ESTREMECIMIENTO YES NO
WEAKNESS / **DEBILIDAD** YES NO
DIZZINESS / **MAREOS** YES NO
SEIZURES / CONVULSIONS / **CONVULSIONES** YES NO
ANXIETY / **ANSIEDAD** YES NO
DEPRESSION / **DEPRESION** YES NO

HEIGHT / ALTURA _____ FT _____ IN.

WEIGHT / PESO _____ LBS