

Robert J. Cornell, MD, PA
Forma Medica Historial del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: _____ Estado Matrimonial _____

Como Supo del Dr.Cornell? _____

Doctor Primario: _____ **Ocupasion:** _____

Esta trabajando _____ Retirado _____ Disabilitado _____

Estatura _____ Peso _____

Usted: Fuma No ___ Si ___ por cuanto tiempo? _____ Numero de pacas al dia ? _____

Usted: Toma alcohol? No ___ Si ___ Por cuanto tiempo? _____

Enfermedades (incluya diagnostico): _____

Cirugias incluya mes/ano: _____

Otras Hospitalisaciones incluya Mes /Ano: _____

Liste Medicinas que esta tomando (incluya dosis): _____

Liste **Allergias** a Medicinas: _____

Historiar Medico de Familia:

Nombre: _____ Fecha _____

****Hombres Solamente****

Disfuncion erectil (DE) No ___ Si ___

Liqueo Urinario No ___ Si ___

Cuantas veces se levanta a orinar durante la noche _____

****Mujeres solamente****

Lequea Orina: No ___ Si ___ Frecuencia Orinaria: No ___ Si ___

Esta Enbarasada? No ___ Si ___ Numero de Embarazos ___ Numero de hijos _____

Porfavor ponga una marca si usted a tenido o tiene estos problemas:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Roncha | <input type="checkbox"/> Piedras en los Rinones |
| <input type="checkbox"/> Anesthesia | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Pierna/ Pie | <input type="checkbox"/> Fiebre Rheumatica |
| <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Leukemia | <input type="checkbox"/> Shingles | <input type="checkbox"/> Ataques del Corazo |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Paralises | <input type="checkbox"/> Desordenes de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Tiroidis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfemedad Mental | <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda |
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Niervios | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Infecciones en la vegiga |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Osteomyelitis | <input type="checkbox"/> Derame Cerebral | <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Enfermedas Venerea |
| <input type="checkbox"/> Phlebitis | <input type="checkbox"/> Coagulo de vena | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Desordenes de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Murmur del corazon |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Desordenes del | <input type="checkbox"/> Circulacion pobre | |
| <input type="checkbox"/> Celula de Hoz | <input type="checkbox"/> Desordenes del Rinon | <input type="checkbox"/> Desordenes de Sangreo | |

Otras Condiciones: _____

Esta informasion esta corecta.

Firma de pasiente

Fecha