

Renal Care Consultants

Patient History Form

Formulario de historial del paciente

PLEASE PRINT!

¡POR FAVOR IMPRIMA!

Name: _____ **Age:** _____ **DOB:** _____
 Nombre Edad Fecha de nacimiento

Past Medical History:

Antecedentes médicos

Alcoholism Alcoholismo	Blood transfusion Transfusión de sangre	High blood pressure Presión alta	Osteoporosis
Allergies Alergias	Breast cancer Cáncer de mama	HIV/AIDS VIH/SIDA	Prostate cancer Cáncer de próstata
Anemia	Cervical cancer Cáncer de cuello uterino	Hyperlipidemia	Rectal cancer Cáncer de recto
Anesthetic complications	Chronic lung disease	Inflam. bowel disease	Seizures
Complicaciones anestésicas	Enfermedad pulmonar crónica	Inflama. enfermedad intestinal	Convulsiones
Angina	Clotting disorder	Kidney disease	Skin cancer
Angina de pecho	Trastorno de la coagulación	Enfermedad renal	Cáncer de piel
Anxiety Ansiedad	Colon cancer Cáncer de colon	Liver cancer Cáncer de hígado	Sleep apnea Apnea del sueño
Arthritis Artritis	Depression Depresión	Liver disease Enfermedad hepática	STD ETS
Asthma Asma	Diabetes mellitus	Lung cancer Cáncer de pulmón	Stroke Ataque Cerebral
Autoimmune disease	GERD	Mental disorder	Suicide attempt
Enfermedad autoinmune	ERGE	Trastorno mental	Intento de suicidio
Birth defect	Growth/development disorder	Migraine headaches	Thyroid disease
Defectos congénitos	Trastornos del crecimiento/desarrollo	Migrañas	Enfermedades de la tiroides
Bladder trouble	Heart disease	Myocardial infarction	Urticaria
Problemas de vejiga	Enfermedad cardíaca	Infarto de miocardio	Urticaria
Bleeding disorder	Trastorno hemorrágico	Hepatitis	

Family History:

Antecedentes familiares

	Diagnosis Diagnóstico	Relationship(s) Relación(es)	Living Viviente
<input type="checkbox"/>	Alcohol abuse Abuso de alcohol	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Allergy (severe) Alergia (grave)	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Anemia	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Anesthesia problems Problemas anestésicas	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Arthritis Artritis	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Asthma Asma	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Bleeding/Blood disorder Hemorragia/Trastorno sanguíneo	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Breast cancer Cáncer de mama	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Colon cancer Cáncer de colon	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Depression Depresión	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Heart disease Enfermedad cardíaca	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	High blood pressure	_____	Y/N

<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	_____	
<input type="checkbox"/>	Hyperlipidemia	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Kidney disease Enfermedad renal	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Lung disease Enfermedad pulmonar	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Migraines Migrañas	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Rectal cancer Cáncer de recto	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Seizures Convulsiones	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Stroke Ataque Cerebral	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Thyroid disease Enfermedad de la tiroides	_____	Y/N
<input type="checkbox"/>	Other Otro:	_____	Y/N

Medications Medicamentos: _____

Allergies (List medication & reaction) Alergias (Medicamento y reacción):

Social History Historia Social:

Alcohol use: Yes No Former (type/frequency) _____
 Consumo de alcohol: Sí No Anterior (tipo/frecuencia) _____

Caffeine use: Yes No Former (type/frequency) _____
 Consumo de cafeína: Sí No Anterior (tipo/frecuencia) _____

Drug Use: Yes Not currently Never
 Consumo de drogas: Sí Actualmente no Nunca

Amphetamines Anfetaminas	Amyl nitrate Nitrato de Amilo	Anabolicsteroids Anabólicos	Barbituates Barbitúos	Benzodiazepines Benzodiacepinas
"Crack"cocaine "Crack"cocaína	Cocaine Cocaína	Codeine Codeína	Fentanyl Fentanilo	Flunitrazepam Flunitrazepam
GHB GHB	Hashish Hachís	Heroin Heroína	Hydrocodone Hidrocodona	Hydromorphone Hidromorfona
Ketamine Ketamina	Kratom Kratom	LSD LSD	Marijuana Marihuana	MDMA (Ecstasy) MDMA (Éxtasis)
Mescaline Mescalina	Methamphetamines Metanfetaminas	Methaqualone Metacualona	Methylphenidate Metilfenidato	Morphine Morfina
Nitrous oxide Óxido nitroso	Opioids Opioides	Opium Opio	Oxycodone Oxicodona	PCP PCP
Psilocybin Psilocibina	Solvent inhalants Inhalantes solventes	Other Otros		

Smoking: Never Former Everyday Somedays Unknown
 Fumar: Nunca Antes Todos los días Algunos días Se desconoce
 Past exposure: Never Past Current
 Exposición pasada: Nunca Pasado Actualmente
 Types of Tobacco: Cigarettes Pipe Cigars E-cigarettes Vape
 Tipos de tabaco: Cigarrillos Pipa Cigarros Cigarrillos electrónicos Vape

Cigars Quit Date: _____ Vape Quit Date: _____
 Fecha de dejar de fumar cigarrillos Fecha de dejar de vapear

Smokeless Tobacco: Never Former Current Unknown
 Tabaco sin humo: Nunca Antes Actualmente Se desconoce

Cessation/ready to quit: Yes No
 Esta listo para dejar de fumar: Sí No

Caffeine Concern: Yes No
 Preocupación por la Cafeína: Sí No
 Military Service: Yes No
 Servicio Militar: Sí No
 Exercise: Yes No
 Ejercicio: Sí No

Occupation Ocupación: _____

Circle one: Married Single Divorced Widowed OTHER: _____
 Marque uno: Casado Soltero Divorciado Viudo OTRO

Preferred Pharmacy Farmacia preferida: _____

Review of Systems - Nephrology (Please circle symptoms)

Revisión de Sistemas - Nefrología (Por favor, marque con un círculo los síntomas)

Constitution:

Constitución:

Fatigue
 Fatiga
 Fever
 Fiebre
 Night sweats
 Sudores nocturnos
 Persistent infections
 Infecciones persistentes
 Weightloss
 Pérdida de peso
 Weight gain
 Aumento de peso

Eyes:

Ojos:
 Visual disturbances
 Alteraciones visuales

Respiratory:

Respiratoria:

Chronic cough
 Tos crónica
 Coughing blood
 Tos con sangre
 Difficulty breathing
 Dificultad para respirar
 Excessive daytime sleepiness
 Somnolencia diurna excesiva
 Snoring
 Ronquidos
 Wheezing
 Sibilancias

Gastrointestinal:

Gastrointestinales:
 Abdominal pain
 Dolor abdominal
 Blood in stool
 Sangre en las heces
 Change in bowel habits
 Cambio en los hábitos intestinales

Musculoskeletal:

Musculoesquelética:

Joint pain
 Dolor en las articulaciones
 Muscle pain
 Dolor muscular
 Muscle weakness
 Debilidad muscular
 Skin:
La piel:
 Dry skin
 Piel seca
 Hives
 Urticaria
 New sore/lesion
 Llaga o lesión nueva
 Rash
 Erupción cutánea
 Skin ulcer
 Úlcera en la piel

Endocrine:

Endocrina:

Cold intolerance
 Intolerancia al frío
 Heat intolerance
 Intolerancia al calor
 Hair change
 Cambio de cabello
 Hot flashes
 Sofocos
 Hyperhidrosis
 Hiperhidrosis

Heme/Lymphatic:

Hemo/Linfática:

Easy bruising
 Hematomas fáciles
 Excessive bleeding
 Sangrado excesivo

HENT:**Hearing loss**

Pérdida de audición

Nosebleeds

Hemorragias nasales

Oral ulcers

Úlceras orales

Seasonal allergies

Alergias temporales

Sinus pain

Dolor de sinusitis

Chronic diarrhea

Diarrea crónica

Constipation

Estreñimiento

Indigestion

Indigestión

Nausea

Náuseas

Vomiting

Vómitos

Neurological:**Neurológicas:****Memory loss**

Pérdida de memoria

Syncope

Síncope

Headaches

Dolores de cabeza

Numbness

Entumecimiento

Seizures

Convulsiones

Tremors

Temblores

Trouble walking

Dificultad para caminar

Cardiovascular:**Cardiovasculares:****Chest pain**

Dolor de pecho

Diff. breathing on exertion

Dificultad para respirar en las extenciones

Lightheadedness

Aturdimiento/mareos

Palpitations

Palpitaciones

Shortness of breath

Dificultad para respirar

Swelling of feet

Pies hinchados

Swelling of hands

Manos hinchadas

Genitourinary:**Genitourinarios:****Blood in urine**

Sangre en la orina

Change in urinary stream

Cambio en el flujo urinario

Nocturia

Orina frecuentemente en la noche

Painful urination

Dolor al orinar

Urinary frequency

Orina con frecuencia

Urinary leakage

Pérdida de orina

Urinary urgency

Urgencia urinaria

Psychiatric:**Psiquiátrica:****Anxiety**

Ansiedad

Change in sleep pattern

Cambio en la forma de dormir

Depression

Depresión

Fearful

Temeroso/a

Suicidal ideas

Pensamientos de suicidio