

Mountain Kidney & Hypertension Associates

Evaluación de Enfermedad Renal

Nombre y Apellido: _____

Motivo de su Consulta: _____

Historia Familiar: Edad (si vive)/Enfermedad Edad –Causa de fallecimiento

Padre _____

Madre _____

Hermano/Hermana _____

Hijos _____

Marque con una **X** si algún familiar directo ha tenido: [] Enfermedad Renal [] Cálculos Renales

[] Enfermedad Cardíaca (corazón) [] Ataque/Derrame Cerebral [] Presión Alta [] Cáncer

Ámbito Social:

-Estado Civil: [] Soltero/a [] Casado/a [] Divorciado/a [] Viudo/a

-Hijos: _____ ¿Cuántos viven con usted? : _____

-¿Recibe asistencia en su domicilio?: [] SI [] NO

Educación-Empleo:

-Nivel de Educación: [] Primaria [] Secundaria/ Preparatoria [] Universitarios

-Trabaja: [] SI [] NO si trabaja, ¿Dónde? : _____

-Retirado/Jubilado: [] SI [] NO Incapacitado [] SI [] NO desde que fecha: ____/____/____

-Trabajo Actual/Pasado: _____

-Horario de Trabajo: _____

-¿Necesita viajar largas distancias para realizar su trabajo? [] SI [] NO

-¿Requiere su trabajo levantar más de 20 libras (10 kilos)? [] SI [] NO

Transporte:

-¿Conduce usted su auto?: [] SI [] NO

-¿Necesita ayuda con transporte para llegar a la oficina de su médico? [] SI [] NO

CONSUMO DE TABACO PRESENTE Y PASADO: Fuma [] SI [] NO ¿Por cuantos años? _____

¿Cuántos paquetes por día? _____

¿Ha usado o usa otro tipo de Tabaco? [] SI [] NO ¿Cuál? _____

CONSUMO DE ALCOHOL: [] SI [] NO Si es SI ¿ cuánto y cuán frecuente? _____

POR FAVOR TRAIGA TODAS SUS MEDICINAS EN CADA VISITA

Remedios/Medicamentos que está tomando: (incluidos medicamentos sin receta, herbarios, vitaminas, remedios caseros)

MEDICACION

MILIGRAMOS

DOSIS /INSTRUCCIONES

MEDICACION	MILIGRAMOS	DOSIS /INSTRUCCIONES

Su peso Normal _____ lbs. (En libras no en kilos) Altura: _____ ft. _____ in.

¿Es usted **ALERGICO/A?** ¿A qué medicina?: [] SI [] NO ¿Cuál? _____

¿Ha tenido o tiene algunos de los siguientes problemas de salud?

Nefrología/Urología: (Problemas de riñones, tracto urinario, vejiga)

Hinchazón de pies/tobillos	SI	NO	
Orinado anormal	SI	NO	
Insuficiencia Renal	SI	NO	
Proteína/Sangre en la orina	SI	NO	¿Cuál?: _____
Cálculos (piedras) Renales	SI	NO	
¿Frecuentes Infecciones Urinarias?	SI	NO	
Agrandamiento de Próstata-Cáncer de Próstata	SI	NO	¿Cuál?: _____

Otro: _____

Pulmonar (Problemas Respiratorios/Pulmón)

Falta de aliento	SI	NO	
COPD-Enfermedad de Obstrucción Pulmonar Crónica) Bronquitis-Enfisema	SI	NO	¿Cuál? _____
Asma	SI	NO	
Espujo de Sangre (sangre al toser)	SI	NO	

Otro: _____

Problemas Cardiovasculares (Corazón, Arterias, Venas)

Presión alta	SI	NO	
Ataque cardíaco	SI	NO	
Dolor de pecho	SI	NO	
Insuficiencia cardíaca	SI	NO	
Problemas circulatorios	SI	NO	
Palpitaciones (ritmo anormal)	SI	NO	
Prueba de esfuerzo cardíaco	SI	NO	¿Cuándo?: _____

Problemas Gastrointestinales (Estómago-Intestino-Hígado-Vesícula)

Falta de apetito	SI	NO	
Náuseas/Vómitos/Indigestión	SI	NO	¿Cuál? : _____
Úlceras/Gastritis/Esofagitis	SI	NO	¿Cuál? : _____
Acidez-Reflujo/Hernia de Hiato	SI	NO	¿Cuál? : _____
Dolor abdominal	SI	NO	
Diarrea/Constipación	SI	NO	¿Cuál? _____
Enfermedad del hígado/Hepatitis	SI	NO	¿Cuál? _____
Cálculos biliares/Problemas de vesícula	SI	NO	¿Cuál? _____
Ictericia (piel amarilla)	SI	NO	
Ha tenido alguna vez una Colonoscopia?	SI	NO	¿Cuándo? _____

Otro: _____

Problemas Neurológicos (Cerebro/Sistema Nervioso/Espina dorsal)

Problemas de visión	SI	NO	
Problemas de audición (escuchar)	SI	NO	
Derrame cerebral/Ataques isquémicos	SI	NO	
Convulsiones	SI	NO	

Otro: _____

Problemas Endocrinológicos (Glándulas/Hormonas)

Diabetes	SI	NO	
Colesterol alto	SI	NO	
Problemas de Tiroides	SI	NO	
Menopausia- (no períodos)	SI	NO	Año: _____

Otro: _____

Problemas del Sueño (problemas para dormir)

Ronquido	SI	NO
Falta/Pausa de respiración al dormir	SI	NO
Espasmo involuntario de piernas y brazos	SI	NO
Somnolencia Diurna (dormirse durante el día)	SI	NO
Insomnio (no se puede dormir, no se puede quedar dormido)	SI	NO

Otro: _____

Trastornos de Musculares y de Huesos

Amputaciones/Prótesis	SI	NO	¿Dónde? _____
Artritis	SI	NO	
Problemas de Espalda o de disco	SI	NO	
Gota	SI	NO	
Osteoporosis	SI	NO	

Otro: _____

Trastornos Hematológicos-Cáncer (Sangre-Cáncer)

Anemia	SI	NO	
Cáncer	SI	NO	Describe: _____
Transfusiones previas	SI	NO	
Coágulo sanguíneo	SI	NO	

Problemas de Piel

Sarpullido/Picazón	SI	NO	¿Dónde?: _____
Cáncer de piel	SI	NO	¿Dónde?: _____

Otro: _____

Cirugías

Cirugía abdominal/ Fecha: _____

Otro tipo de cirugía/ Fecha: _____

Inmunizaciones (vacunas)

Vacuna contra la Gripe SI NO ¿Cuándo?: _____

Vacuna contra la Neumonía SI NO ¿Cuándo?: _____

Vacuna contra la Hepatitis SI NO ¿Cuándo?: _____

Otros problemas médicos o enfermedades: _____

¿Tiene alguna pregunta o preocupación en cuanto a la enfermedad renal? _____

He completado esta revisión con: _____

Médico: _____ Fecha: _____

Paciente: _____ Fecha: _____