THE BHALANI UROLOGY INSTITUTE

NEW PATIENT INTAKE FORM

English – Spanish

Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/_____ **Age:** _____
Nombre: Fecha de nacimiento: Edad:

Appointment Date: / Fecha de la cita: ____/____/_____

Your Primary Care Doctor: _____ **Your Referring Doctor:** _____
Médico de cabecera: Médico remitente:

PLEASE COMPLETE ALL QUESTIONS / SECTIONS OF THIS FORM
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS Y SECCIONES DE ESTE FORMULARIO

What would you like to discuss with the doctor today? _____
¿Cuál es el motivo de su consulta médica?

How long has your issue been going on? / ¿Cuánto tiempo lleva con este problema? _____

When does it occur? / ¿En qué momento se produce?_____

How severe is it? / ¿Cuán grave es?_____

Has anything made it better or worse? / ¿Algo ha mejorado o empeorado su molestia? _____

DO YOU CURRENTLY HAVE ANY PROBLEMS RELATED TO THE FOLLOWING? (PLEASE CHECK YES/NO FOR ALL QUESTIONS)
¿EN ESTE MOMENTO TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN RELACIONADA A LO SIGUIENTE? / MARQUE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA

CONSTITUTIONAL: / SÍNTOMAS GENERALES:	YES /SÍ	NO
Fever / Fiebre	☐	☐
Shaking Chills / Escalofríos intensos	☐	☐
Unintentional Weight Loss / Pérdida de peso sin intención	☐	☐

EYES: / OJOS	YES /SÍ	NO
Unexplained Blurry Vision / Visión borrosa sin explicación	☐	☐

CARDIOVASCULAR: / CARDIOVASCULAR:	YES /SÍ	NO
Chest Pains / Dolores en el pecho	☐	☐
Palpitations / Palpitaciones	☐	☐

RESPIRATORY: / RESPIRATORIO:	YES /SÍ	NO
Wheezing / Respiración sibilante	☐	☐
Shortness of Breath / Disnea (falta de aliento)	☐	☐

GASTROINTESTINAL: / GASTROINTESTINALES:	YES /SÍ	NO
Constipation / Estreñimiento	☐	☐
Straining for Bowel Movement / Esfuerzo para defecar	☐	☐
Leakage of Stool / Incontinencia fecal	☐	☐

ENDOCRINE: / ENDÓCRINOS:	YES /SÍ	NO
Hot Flashes / Sofocos	☐	☐
Hot / Cold Intolerance / Intolerancia al frío o al calor	☐	☐

HEMATOLOGIC: / HEMATOLÓGICOS:	YES /SÍ	NO
Abnormal Bruising / Equimosis (moretones) anormales	☐	☐

MUSCULOSKELETAL: / OSTEOMUSCULAR:	YES /SÍ	NO
Bone Pain / Dolor de huesos	☐	☐
Back Pain / Dolor de espalda	☐	☐

NEUROLOGICAL: / NEUROLÓGICOS:	YES /SÍ	NO
Tremors / Temblores	☐	☐
Difficulty Walking / Dificultad para caminar	☐	☐
Numbness/Tingling of legs / Entumecimiento/Hormigueo en las piernas	☐	☐

GENITOURINARY: / GENITOURINARIO:	YES /SÍ	NO
Weak Stream of Urine / Chorro débil de orina	☐	☐
Pushing to Urinate / Esfuerzo para orinar	☐	☐
Incomplete Bladder Emptying /Evacuación de orina incompleta	☐	☐
Frequent Urination Daytime / Polaquiuria (micción frecuente) durante el día	☐	☐
Lower Abdominal Pain / Dolor en la parte inferior del abdomen	☐	☐
Flank Pain / Dolor de riñones	☐	☐
Blood in the Urine / Sangre en la orina	☐	☐
Recurrent Bladder Infections / Infecciones urinarias recurrentes	☐	☐

GENITOURINARY (*For Men Only*): / GENITOURINARIOS (Sólo para hombres)	YES /SÍ	NO
Erection Problems / Dificultad de erección	☐	☐
Ejaculatory Problems / Problemas de eyaculación	☐	☐
Infertility / Esterilidad	☐	☐

GENITOURINARY (*For Women Only*): / GENITOURINARIOS (Sólo para mujeres):	YES /SÍ	NO
Pain with Intercourse / (Dispareunia) Dolor durante el acto sexual	☐	☐
Vaginal Bulge Sensation / Sensación de bulto vaginal	☐	☐
Pelvic Pain / Dolor pélvico	☐	☐
Last `Menstrual Period (Date): / Último periodo menstrual (fecha)		

THE BHALANI UROLOGY INSTITUTE

NEW PATIENT INTAKE FORM

English – Spanish

PAST MEDICAL HISTORY: (CHECK ANY MEDICAL CONDITIONS YOU HAVE AND WHEN THEY WERE DIAGNOSED)

ANTECEDENTES MÉDICOS: (MARQUE TODAS LAS AFECCIONES QUE PADECE Y CUANDO SE DIAGNOSTICARON)

☐ ***I HAVE NO MEDICAL PROBLEMS*** */ NO PADEZCO NINGÚN PROBLEMA DE SALUD*

- ☐ **Glaucoma /** Glaucoma _____
- ☐ **Angina /** Angina de pecho _____
- ☐ **Atrial Fibrillation /** Fibrilación auricular _____
- ☐ **Coronary Heart Disease /** Cardiopatía coronaria _____
- ☐ **Heart Attack (i.e. MI) /** Ataque cardíaco (infarto de miocardio) _____
- ☐ **High Cholesterol /** Colesterol elevado _____
- ☐ **High Blood Pressure** (Hypertension)
  Presión arterial elevada (hipertensión) _____
- ☐ **Asthma /** Asma _____
- ☐ **COPD /** EPOC _____
- ☐ **Anemia /** Anemia _____
- ☐ **Crohn's or Ulcerative Colitis**
  Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa _____
- ☐ **Irritable Bowel Syndrome /** Síndrome del colon irritable _____
- ☐ **Diverticulitis /** Diverticulitis _____
- ☐ **Hepatitis /** Hepatitis _____

- ☐ **Diabetes / Diabetes** _____
- ☐ **Thyroid (Hypo or Hyperthyroid)**
  Tiroides (hipo o hipertiroidea) _____
- ☐ **Gout /** Gota _____
- ☐ **Fibromyalgia /** Fibromialgia _____
- ☐ **Depression /** Depresión _____
- ☐ **Anxiety /** Ansiedad _____
- ☐ **Stroke /** Accidente cerebrovascular (ACV) _____
- ☐ **Spine Problems /** Problemas de columna _____
- ☐ **Kidney Insufficiency or Failure /** Insuficiencia o fallo renal _____
- ☐ **Kidney Stones /** Cálculos renales _____
- ☐ **Kidney Cancer /** Cáncer de riñón _____
- ☐ **Bladder Cancer /** Cáncer de vejiga _____
- ☐ **Any Other Cancer /** Cualquier otro cánce _____
- ☐ **Other /** Otra enfermedad _____

For Men Only: / Sólo para hombres:

- ☐ **Enlarged Prostate (i.e. BPH) /** Aumento de tamaño de la próstata (hipertrofia prostática benigna) _____
- ☐ **Prostatitis /** Prostatitis _____
- ☐ **Prostate Cancer /** Cáncer de próstata _____
- ☐ **Testicular Cancer /** Cáncer testicular _____
- ☐ **Elevated PSA / PSA** (Antígeno prostático específico) elevado _____

For Women Only: / Sólo para mujeres:

For Women Only: / Sólo para mujeres: _____

Number of Cesarean Sections: / Número de partos por cesárea: _____

- ☐ **Breast Cancer /** Cáncer de mama _____
- ☐ **Ovarian Cancer /** Cáncer ovárico _____
- ☐ **Uterine Cancer /** Cáncer uterino _____
- ☐ **Endometriosis /** Endometriosis _____

PAST SURGICAL HISTORY: (CHECK ANY PAST SURGERIES AND WHEN THEY OCCURRED)

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (MARQUE TODAS LAS CIRUGÍAS Y CUANDO SE LLEVARON A CABO)

☐ ***I HAVE HAD NO SURGERIES*** */ NO HE TENIDO OPERACIONES QUIRÚRGICAS*

- ☐ **Amputation /** Amputación _____
- ☐ **Angioplasty or Heart Stent**
  Angioplastía o endoprótesis vascular (stent) _____
- ☐ **Heart Bypass /** Cirugía de derivación cardíaca _____
- ☐ **Heart Pacemaker or Defibrillator**
  Marcapasos o desfibrilador cardíaco _____
- ☐ **Blood Vessel Bypass Surgery /** Cirugía de derivación vascular _____
- ☐ **AV Fistula (For Dialysis) /** Fístula arteriovenosa (para diálisis) _____
- ☐ **Peritoneal Catheter (For Dialysis) /** Catéter peritoneal (para diálisis) _____
- ☐ **Hernia Repair /** Herniorrafía _____
- ☐ **Appendix Removal /** Apendicectomía _____

- ☐ **Gastric Bypass Surgery /** Cirugía de derivación gástrica _____
- ☐ **Intestine Surgery /** Cirugía de intestine _____
- ☐ **Organ Transplant /** Trasplante de órganos _____
- ☐ **Joint Replacement /** Artroplastia _____
- ☐ **Back Surgery /** Cirugía de la espalda _____
- ☐ **Kidney Stone Surgery /** Cirugía por cálculos renales _____
- ☐ **Radiation for Cancer Treatment**
  Radioterapia para el tratamiento de cancer _____
- ☐ **Other /** Otra enfermedad _____

For Men Only: / Sólo para hombres:

- ☐ **Prostate Surgery /** Cirugía de próstata _____
- ☐ **Prostate Radiation for Cancer**
  Radioterapia de la próstata por cánce _____
- ☐ **Vasectomy /** Vasectomía _____
- ☐ **Varicocele Repair /** Varicocelectomía _____

For Women Only: / Sólo para mujeres:

- ☐ **Removal of Ovaries /** Ovariectomía bilateral _____
- ☐ **Removal of Uterus /** Histerectomía _____
- ☐ **Bladder or Urethra Sling, "Tack", or "Lift"**
  Cabestrillo uretral (para sujetar o suspender) _____

FAMILY MEDICAL HISTORY: (CHECK ANY ILLNESSES IN YOUR IMMEDIATE FAMILY)

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES (MARQUE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE HAYAN PADECIDO SUS FAMILIARES CERCANOS)

☐ ***NO MEDICAL PROBLEMS RUN IN MY FAMILY*** */ NINGUNA AFECCIÓN MÉDICA*

	MOM / MADRE	DAD / PADRE	BROTHER / HERMANO	SISTER / HERMANA
Bleeding Disorder / Trastorno de sangrado	☐	☐	☐	☐
Heart Disease (Before 55 Years of Age) / Cardiopatía (antes de los 55 años)	☐	☐	☐	☐
Kidney Stones / Cálculos renales	☐	☐	☐	☐
Prostate Cancer / Cáncer de próstata	N/A / No corresponde	☐	☐	N/A / No corresponde
Colon Cancer / Cáncer de colon	☐	☐	☐	☐
Breast Cancer / Cáncer de mama	☐	☐	☐	☐
Other / Otra enfermedad	☐	☐	☐	☐

THE BHALANI UROLOGY INSTITUTE

NEW PATIENT INTAKE FORM

English – Spanish

SOCIAL HISTORY: / ANTECEDENTES SOCIALES:

Are You? ☐ **Single** Soltero/a ☐ **Married** Casado/a ☐ **Divorced** Divorciado/a ☐ **Widowed** Viudo/a ☐ **Partnered** Vive en pareja

Where Do You Live? (i.e. Home, Assisted Living Facility) /¿Dónde vive? (es decir, en una casa, en centros tutelados)_____

Occupation: / Ocupación: _____

Do You Drink Alcohol? ☐ **Yes/Si** ☐ **No** **If Yes, On average how many drinks per week?** _____
¿Bebe alcohol? Si lo hace, ¿cuántas bebidas alcohólicas en promedio bebe por semana?

Do You Smoke? ☐ **Yes/Si** ☐ **No** **If Yes, How much and for how long do you smoke?** _____
¿Fuma? Si lo hace, ¿qué cantidad fuma y desde hace cuánto tiempo?

Former Smoker? ☐ **Yes/Si** ☐ **No** **If Yes, How much did you smoke and when did you quit?** _____
¿Fumó alguna vez? Si fumó, ¿cuánto fumaba y cuándo abandonó el hábito?

ALLERGIES: (PLEASE LIST REACTION NEXT TO ANY ALLERGIES)
ALERGIAS: (POR FAVOR ENUMERE LAS REACCIONES QUE PRESENTA CON CADA ALERGIA)
☐ ***I HAVE NO KNOWN ALLERGIES*** */ NO TENGO ALERGIAS CONOCIDAS*

☐ **Penicillin (i.e. Amoxicillin, Augmentin®)**
Penicilina (Amoxicilina, Augmentin®) _____

☐ **Cephalosporins (i.e. Keflex®, Ceftin®)**
Cefalosporinas (Keflex®, Ceftin® _____

☐ **Sulfa (i.e. Bactrim®, Septra®)**
Sulfa (Bactrim®, Septra®) _____

☐ **Macrobid® (i.e. Nitrofurantoin)**
Macrobid® (nitrofurantoina) _____

☐ **Fluoroquinolone (i.e. Cipro®, Levaquin®)**
Fluoroquinolones (Cipro®, Levaquin® _____

☐ **Tetracycline (i.e. Doxycycline®)**
Tetraciclina (Doxycycline®) _____

☐ **Latex**
Latex _____

☐ **Iodine (i.d. CAT Scan Contrast)**
Yodo (p. ej. el medio de contraste para TAC) _____

☐ **Morphine**
Morfina _____

☐ **Percocet®, Vicodin®, Codeine**
Percocet®, Vicodin®, Codeina _____

☐ **Other:**
Otras alergias: _____

CURRENT MEDICATIONS: (PLEASE LIST ALL MEDICATIONS, PLEASE DO NOT WRITE "NO CHANGE" OR "SAME")
MEDICAMENTOS ACTUALES: (POR FAVOR ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS, NO ESCRIBA «SIN CAMBIOS» O «IGUAL»
☐ ***I DO NOT TAKE ANY MEDICATIONS*** */ NO TOMO NINGÚN MEDICAMENTO*

Medication Medicamento	**Dose** Dosis	**Date Started** Fecha en que comenzó	**Reason For Taking Medication** Motivo por el que toma el medicamento