THE BHALANI UROLOGY INSTITUTE

RETURN 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

RETURN PATIENT INTAKE FORM

English – Spanish

SINCE YOUR LAST VISIT TO THE BHALANI UROLOGY INSTITUTE HAVE YOU?

DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA CON THE BHALANI UROLOGY INSTITUTE ¿LE HA SUCEDIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

1. **Been Diagnosed with Any New Medical Condition?** / ¿Le han diagnosticado alguna afección nueva? ☐ **Yes** / Si ☐ **No**
   If Yes, Please Provide Details: / Si la respuesta es «SÍ», sírvase proporcionar detalles: _____
2. **Had Any Surgeries or Procedures?** / ¿Alguna operación o procedimiento? ☐ **Yes** / Si ☐ **No**
   If Yes, Please Provide Details: / Si la respuesta es «SÍ», sírvase proporcionar detalles:_____
3. **Been Hospitalized?** / ¿Ha estado hospitalizado? ☐ **Yes** / Si ☐ **No**
   If Yes, Please Provide Details: / Si la respuesta es «SÍ», sírvase proporcionar detalles:_____
4. **Smoking History:** / Historial de tabaquismo: ☐ **Yes** / Si ☐ **No**
   - ☐ **Current Every Day Smoker /** Fumador actual de todos los días
   - ☐ **Current Some Day Smoker /** Fumador actual de algunos días
   - ☐ **Former Smoker** / Ex fumador
   - ☐ **Eever Smoker** / Nunca fumó
5. **Do You Have Any Medication Allergies?** / ¿Tiene alergias a algún medicamento? ☐ **Yes** / Si ☐ **No**
   If Yes, Please Provide Drug Reaction: / Si la respuesta es «SÍ», explique la reacción:

CURRENT MEDICATIONS: (PLEASE LIST ALL MEDICATIONS, MEDICATIONS, INCLUDING HERBAL REMEDIES)

MEDICAMENTOS ACTUALES: (ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS INCLUYENDO LAS PLANTAS MEDICINALES)

☐ ***I DO NOT TAKE ANY MEDICATIONS** / NO TOMO MEDICAMENTOS*

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