

Fecha de hoy: ___/___/___

Dia de Nacimiento: ___/___/___

Mes Dia Año

Nombre _____ Edad _____

Nombre de tu medico _____

Porque te mando tu medico para este exam? _____

Reciente ultrasonido, TC, RM: Donde? _____

Cuando? ___/___/___ Resultados _____

Tenes:	Alergia al latex	Si	No	
	Dolor abdominal	Si	No	
	Nausea/Vomito	Si	No	
	Perdida de peso	Si	No	
	Infeccion urinaria	Si	No	
	Infeccion urinaria recurrente	Si	No	
	Dolor con urinacion	Si	No	
	Sangre en la urina	Si	No	
Has tendido:	Estudios de sangre abnormal	Si	No	
	Cirugia Abdominal/Pelvica	Si	No	Que tipo?
	Historia de cancer	Si	No	Que tipo?
	Hepatitis/enfermedad del higado	Si	No	
	Calculos renales/enfermedad renal	Si	No	
Solamente Hombres	Tu medico ha notado que tu prostala esta grande?	Si	No	
Solamente Mujeres	Primer dia de la ultima menstruacion? ___/___/___	OR		
	Posmenopausica _____	Has tenido histerectomia _____		
Otra informacion pertinente	_____			