

**Cuestionario de antecedentes personales urológicos del paciente**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido(s)                      Nombre                      Segundo nombre o apellido de soltera

Responda las siguientes preguntas:

Pregunta	Respuesta	¿Ha probado algún medicamento o tratamiento para este problema?
¿Siente dolor o ardor al evacuar u orinar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene urgencia o necesidad de ir rápidamente al baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Orina con frecuencia o necesita evacuar muchas veces durante la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene la sensación de que la vejiga no se le ha vaciado por completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene pérdidas de orina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Siente algún dolor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmado, ¿en dónde?	

¿Algún familiar ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, indique qué familiar tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes padecimientos: (es decir, madre, padre, hermanos, abuelos, tíos, etc.)

Enfermedad o padecimiento	Antecedentes familiares	Familiar(es)
Insuficiencia suprarrenal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enuresis nocturna (incontinencia urinaria durante el sueño)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nefropatía (enfermedad renal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nefrolitiasis (cálculo renal/piedras en el riñón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	