

Khaled Nass, MD, F.A.S.N.  
Sohail Saleem, MD, F.A.S.N.  
Lalitha Bandi, MD  
Miriam Gentin, MD  
Deepak Aggarwal, MD  
Sohail Ejaz, MD  
Ernest Han, MD



Prashant Amin, MD  
Dimpu Patel, MD  
Marlene Anderson-Reid, ANP-C  
Elizabeth Grass, PA-C  
Amanda Aguirre-Johnson, PA-C  
Joanna Holder, PA-C  
Meagan McKinnon, PA-C

[www.kidneycarega.com](http://www.kidneycarega.com)

Office: 678-450-0202

Fax: 678-450-0080

POR FAVOR IMPRIMA

Account #: \_\_\_\_\_

UTILICE TINTA NEGRA, POR FAVOR

### Nefrología Nuevo Cuestionario Paciente

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico De Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono De Farmacia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección De Farmacia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Historia Médica

Verifique cualquiera de las siguientes condiciones que actualmente está recibiendo tratamiento o que ha tenido en los últimos 10 años.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presion                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto       | <input type="checkbox"/> Gota                   |
| <input type="checkbox"/> Congestivo Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Sangrado De Tracto Digestivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas Oculares De Diabetes    | <input type="checkbox"/> Acidez (Reflujo ácido)       | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C      | <input type="checkbox"/> Migranas               |
| <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón                 | <input type="checkbox"/> Enfisema                     | <input type="checkbox"/> Próstata Agrandada    | <input type="checkbox"/> Convulsiones           |
| <input type="checkbox"/> Stents in Corazon                 | <input type="checkbox"/> Derrame                      | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre    | <input type="checkbox"/> Cancer*                |
| <input type="checkbox"/> Marca pasos del Corazon           | <input type="checkbox"/> Derrame Bronqui Crónica      | <input type="checkbox"/> Artritis              | *Lista de tipos a continuación                  |

Lista de tipos de Cancer y cualquier otra condición médica que es posible que haya tenido en el pasado:

\_\_\_\_\_

Lista cual quiere tipo de cirugía que haya tenido y en qué año fue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historial de familia

Marca abajo si sus padres, hermano/as, o hijo/as hayan tenido cualquier condición siguiente:

| Condición Medico  | Padre                    | Madre                    | Hermano/as               | Hijo/as                  | Ningun                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad de Riñón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta Presion  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Corazón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derrame   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gota  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ADPKD-Autosomal Dominante Poliquístico<br>Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demencia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Historial de Vacunas

Usted haya tenido los vacunas próxima?

- Vacuna de Gripe en este año
- Vacuna de Neumonía dentro los últimos 5 años

Estas tomando o alguna vez has tomado cualquiera de los siguientes medicina diario o basis semanal?

Favor de Marcar cuales:

- Advil / Ibuprofen
- Aleve
- BC Tablets/Powder
- Bextra
- Celebrex
- Diclofenac
- Goody's Powders
- Mobic
- Motrin
- Naproxen / Naprosyn
- Vioxx
- Voltaren

## Revisión de Síntomas Relacionadas con sus Riñones

Marca Cual Quiere Síntoma Relacionada con Sus Riñones que usted tiene:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de manos/piernas/pies | <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar la Corriente de orina | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Mareos |
| <input type="checkbox"/> Orinas Frecuentes               | <input type="checkbox"/> Vaciado incompleto de la Vejiga                | <input type="checkbox"/> Tos/ Sibilancias       |
| <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar                 | <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasaes                             | <input type="checkbox"/> Falta de Respiración   |

### Historial Personal

Marca todos los que aplican a usted:

|  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <b>Uso de Tabaco</b><br>(Fumar/Mascar) | <input type="checkbox"/> <b>Anteriormente</b><br>Cuando lo dejo? _____ | <input type="checkbox"/> <b>En el momento</b><br>Cada Cuando? _____                                    | <input type="checkbox"/> <b>Nunca</b> |
| <b>Uso de Alcohol</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>Anteriormente</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>En el momento</b><br>Es Raro / 1-2 bebidas al día / 3 o más bebidas al día | <input type="checkbox"/> <b>Nunca</b> |
| <b>Uso de Droga</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Anteriormente</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>En el momento</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Nunca</b> |

### Alergias

Favor de Marcar cual quiere Alergia a los medicamentos que usted tiene y cualquier síntoma que haya tenido.

| Medicamento | Síntomas |
|-------------|----------|
|             |          |
|             |          |
|             |          |
|             |          |
|             |          |

Lista cual quiere medicamento adicional y los reacciones al siguiente si es necesario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medicamentos

**Favor de Listar las medicinas que usted está tomando abajo:**

| <b>Medicación</b><br>(Ejemplo: <i>Hydralazine</i> ) | <b>Dosificación</b><br>(Ejemplo: <i>25mg</i> ) | <b>Frecuencia</b><br>(Ejemplo: <i>Toma 1 tableta 3 veces al dia</i> ) |
|---|--|---|
| 1   |  |   |
| 2   |  |   |
| 3   |  |   |
| 4   |  |   |
| 5   |  |   |
| 6   |  |   |
| 7   |  |   |
| 8   |  |   |
| 9   |  |   |
| 10  |  |   |
| 11  |  |   |
| 12  |  |   |
| 13  |  |   |
| 14  |  |   |
| 15  |  |   |
| 16  |  |   |
| 17  |  |   |
| 18  |  |   |
| 19  |  |   |
| 20  |  |   |

**\*Si sus medicamentos exceden esta pagina favor de traer sus medicamentos con usted a su cita o traer una lista de sus medicamentos a su cita.**