

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



Montish Singla, MD, F.A.S.N.
 Sunitha Kalyanam, MD
 Folatomi Agbe-Davies, MD MPH
 Marlene Anderson-Reid, ANP-C
 Elizabeth Grass, PA-C
 Joanna Holder, PA-C
 Bradee Aderholt, AGACNP-BC
 Tonya Ramey, DNPAGANP-BC
 Hee Jin Cayetano, PA-C

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: ____ / ____ / ____

Farmacia: _____ Teléfono De Farmacia: _____ - _____ - _____

Dirección De Farmacia: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Historia Médica

Por favor, revise cualquiera de las siguientes condiciones en las que está recibiendo tratamiento o ha tenido en los últimos 10 años y el año en que fue diagnosticado/tratado por primera vez.

<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	Año: _____	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Año: _____	<input type="checkbox"/> Sangrado del Tracto Digestivo	Año: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea	Año: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	Año: _____	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	Año: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	Año: _____	<input type="checkbox"/> Gout	Año: _____
<input type="checkbox"/> Problemas Oculares de la Diabetes	Año: _____	<input type="checkbox"/> Acidez Estomacal (reflujo ácido)	Año: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B or C	Año: _____	<input type="checkbox"/> Migraña	Año: _____
<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	Año: _____	<input type="checkbox"/> Enfisema	Año: _____	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata	Año: _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	Año: _____
<input type="checkbox"/> Stents in Heart	Año: _____	<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica	Año: _____	<input type="checkbox"/> Coágulos Sanguíneos	Año: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer*	Año: _____
<input type="checkbox"/> Marcapasos	Año: _____	<input type="checkbox"/> Golpe	Año: _____	<input type="checkbox"/> Artritis	Año: _____	* Tipos de lista a continuación	

Lista de tipos de Cáncer 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"/>				
Diabetes	<input type="checkbox"/>				
Alta Presion	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>				
Cancer	<input type="checkbox"/>				
Derrame	<input type="checkbox"/>				
Gota	<input type="checkbox"/>				
ADPKD-Poliquístico Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/>				
Demencia	<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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Advil / Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Celebrex | <input type="checkbox"/> Motrin |
| <input type="checkbox"/> Aleve | <input type="checkbox"/> Diclofenac | <input type="checkbox"/> Naproxen / Naprosyn |
| <input type="checkbox"/> BC Tablets/Powder | <input type="checkbox"/> Goody's Powders | <input type="checkbox"/> Vioxx |
| <input type="checkbox"/> Bextra | <input type="checkbox"/> Mobic | <input type="checkbox"/> Voltaren |

Revision de Sintomas 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:

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

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:

Medicación (Ejemplo: <i>Hydralazine</i>)	Dosificación (Ejemplo: <i>25mg</i>)	Frecuencia (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.**