

GARO M. TERTZAKIAN, M.D., F.A.C.S

UROLOGY AND UROLOGICAL SURGERY
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF UROLOGY

PATIENT QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Date: _____

Name/Nombre: _____

Birth Date/Fecha de nacimiento: _____ Age/Edad: _____

Primary Doctor Name and Number/Nomber y Numero de su doctor primario: _____

What is the urological reason for your appointment today? /Cual es la razon Urologica de su cita hoy?

Preferred pharmacy name/number/city/Nombre de su farmacia/telefono/ciudad:

List of medications you are currently on with dosage and directions?/ Lista de medicamentos que está tomando actualmente con la dosis y las instrucciones?

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. _____ | 5. _____ | 9. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ | 12. _____ |

List any allergies your may have? (Include food allergies)/ Enumera cualquier alergia que puedas tener? (Incluye alergias alimentarias)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
|----------|----------|----------|

Please indicate all surgeries you had (with approximate year of the surgery) / Por favor, indique todas las cirugías que tuvo (con el año aproximado de la cirugía)

Aortic Aneurysm/ Aneurisma aórtico Date:	Thyroid Surgery/ Cirugía de tiroides Date:	Heart Surgery/Cirugia del corazon; Date:	Heart Angioplasty stent/ Stent de angioplastia cardíaca: Date:
Cholecystectomy/Gallbladder/ Colecistectomía/vesícula biliar/ Date:	Hernia Repair/ Reparación de hernias Date:	Appendix/ Apéndice: Date:	Tonsillectomy/ Cirujia de anginas Date:
Cataract surgery/eye surgery/ Cataratas/Cirugia ocular: Date:	Colon Resection/Reseccion de colon: Date:	C-Section/Cesaria: Date:	Coronary Artery Bypass/Bypass de la arteria coronaria Date:
Back surgery or Neck surgery/Cirugia de espalda o cirugía de cuello Date:	Hysterectomy/bladder/ pelvic surgery/ cirugía pélvica. Date:	Heart Pacemaker/ Marcapasos cardiac Date:	Hemorrhoid Surgery/ Cirugia de hemorroides Date:
Mastectomy/Breast cancer surgery/ Mastectomia/Cirugia de cáncer de mama Date:	Weight loss surgery/ de pérdida de peso Date:	Hip or Knee replacement/Reemplazo de cadera o rodilla Date:	<u>Other/Algo mas?</u>

Check any of the following conditions which you have now / Compruebe cualquiera de las siguientes condiciones que tiene ahora:

Thyroid Problems/ Problemas de tiroides _____	Diabetes/Diabetes _____	Rheumatoid Arthritis/ Artritis reumatoide _____	Tuberculosis/ Tuberculosis _____
Stomach Ulcers/Ulceres estomacales _____	Heart Disease/Enfermedad cardiaca _____	Kidney Problems/ Problemas renales _____	Fibromyalgia/Fibromialgia _____
High/low Blood Pressure/ Presion arterial alta/baja _____	Cancer/Type/Cancer/Tip _____	Stroke/Golpe cardiaco _____	Liver Disease/ Enfermedad hepática _____
Anxiety or depression/ o depresion _____	Congestive Heart Failure/ cardíaca congestiva _____	Peripheral Vascular Disease/ Enfermedad vascular periférica _____	Asthma/Asma _____
Diverticulosis/Diverticulos _____	Sleep Apnea/Apnea del sueno _____	Hypercholesterolemia/high cholesterol/Hipercolesterolemia/cholesterol alto _____	Chest pain/Angina/Dolor en el pecho/angina de pecho _____
Arthritis/Artritis _____	GERD/reflux/ERGE/Reflujo _____	Gout/Gota _____	_____

Any other medical conditions/Cualquier otra condición médica:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Family medical history/Antecedentes médicos familiares

<u>Prostate cancer/ Cancer de prostata</u>	<u>Kidney cancer/ Cancer de rinon</u>	<u>Bladder Cancer/ Cáncer de vejiga</u>	<u>Kidney Stones/ Calculos renales</u>	<u>Diabetes/Diabetes</u>
--	---	---	--	--------------------------

Family History of other Diseases/Antecedentes familiares de otras enfermedades:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Marital Status/estado civil:

Married/casado _____ Single/soltero _____ Divorce/divorciado(a) _____

Widowed/viudo _____ Separated/separado _____

Do you have any children/Tienes Hijos? **Yes / No** If yes, how many/cuantos _____ Ages/ages?

Do you smoke/Fuma? **YES / NO** Cigarettes per day/Cigarrillos por día? _____

For how long/ Por cuánto tiempo? _____

Do you drink alcohol beverages/Bebe bebidas alcohólicas? **YES / NO**

How often/ Con qué frecuencia? _____ For how long/ Por cuánto tiempo? _____

Have you ever done any street drugs/Alguna vez has consumido drogas callejeras? **Yes / No**

If yes, what kind and how long ago/ En caso afirmativo, de qué tipo y hace cuánto tiempo? _____

Have you ever been in an alcohol or drug rehabilitation program/Alguna vez ha estado en un programa de rehabilitación de alcohol o drogas? **Yes / No**

Race (not mandatory, requested by government)/Raza (no obligatoria, solicitada por el gobierno)

American Indian/Alaska Native ____ Black/African American ____

Hawaiian/Pacific islander ____ White ____

Ethnicity (not mandatory, requested by government)/Etnicidad (no obligatoria, solicitada por el gobierno)

Not Hispanic or Latino/ No hispano o latino ____ Hispanic or Latino/Hispano o Latino _____

Decline to state/Declinar al estado _____

Preferred language/Idioma preferido: _____

Do you have any of the following?

Fever/fiebre	Chills/scalofrios	Weight Loss/Perdida de peso	Blurry vision/vision borrosa
Double Vision/vision doble	Cataracts/cataratas	Hearing Loss/Perdida auditiva	Nasal Stuffiness /congestion nasal
Sore Throat/dolor de garganta	Chest Pains/dolores de pecho	Swollen Ankles/tobillos hinchados	Irregular Heartbeat /latidos cardiacos irregulares
Shortness Pain/ dolores de respiracion	Nausea/Vomiting/nauseas/vomitos	Change in Bowels/ cambio en los intestinos	Incontinence/Incontinencia
Painful Urination/ dolor al orinar	Blood in Urine/sangre en la orina	Chronic Back Pain/ dolor de espalda	Chronic Neck Pain/Dolor cronico de cuello
Sore Muscles/dolor muscular	Rash/picason	Persistent itching/ picazon persistente	Skin Cancer History/cancer de piel
Numbness/entumecimiento	Tingling/hormigueo	Dizziness/mareos	Swollen Glands/glandulas inflamadas
Abnormal Bleeding/antecedentes de transfusion de sangrado anormal	Transfusion History/historial de transfusiones		

Questions for female patients only/preguntas solo para pacientes femeninas

1. When was your last menstrual period/cuando fue tu ultimo periodo menstrual? _____
are they normal/son normales? **Yes / No**

If no describe/si no describa? _____

2. Number of pregnancies/numero de embarazos?, _____ # of live births/# de nacidos vivos? _____

3. Were they delivered vaginally/Fueron entregados por vía vaginal? () or via C-section/o a traves de cesárea? ().

PATIENT INITIALS/INICIALES DEL PACIENTE: _____

DATE/FECHA: _____

GARO M. TERTZAKIAN, M. D.
Male and Female Urology, Minimally Invasive Urologic Surgery

Please print

Patient's Name: _____ : Date: ____/____/____
(Nombre) Last name First Middle Initial (Fecha)
(Apellido) Primer Nombre (Segundo nombre)

SSN: _____ MALE () FEMALE ()

Home Address: _____ Home Phone: (____) _____ :
(Dirección de su Casa) (Teléfono:)

City _____ State _____ Zip code _____ CELL#: (____) _____ :
(Ciudad) (Estado) (Código postal) (Cellular)

How long at this address? _____ E-mail _____

DATE OF BIRTH: _____ ; Married _____ Single _____ Divorce _____ Other _____
(Fecha de Nacimiento) (Casado) (Soltero) (Divorciado)

RELATIVE OR FRIEND TO CALL IN CASE YOU CAN'T BE REACHED.
(Familiar o amigo que llamar en caso de que no puédanos localizarlo (a))

NAME _____ PHONE: _____
(Nombre) (Teléfono)

EMPLOYER INFORMATION;
(Información de su empleador)

COMPANY NAME: _____ :
(Nombre de la compañía)
ADDRESS: _____ :
(Dirección)
CITY: _____ : STATE: _____ : ZIP CODE: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)
PHONE: _____ ; JOB DESCRIPTION: _____
(Teléfono) (Descripción de su trabajo)

INSURANCE INFORMATION:
(Información de la compañía de seguro)

NAME OF INSURED: _____
(Nombre de el principal en la póliza de seguro)
INSURANCE NAME: _____ Policy Number _____
(nombre de su póliza de seguro) (numero de póliza)
ADDRESS: _____
(Dirección)
PHONE: _____ ; Group Number: _____
(Teléfono) (Numero de grupo)

I hereby authorized Garo M. Tertzakian, M.D. to furnish relevant information to insurance carriers concerning this medical condition and I assign to the doctor all payments and all major benefits for medial and surgical services rendered.
(Yo doy autorizacion a Garo M. Tertzakian, M.D. a dar informacion relevante a mi póliza de Seguro para mi condicion medica, y asigno todos los pagos y beneficcion the la aseguranza pro los sevicios rendidos)

PATIENT'S SIGNATURE; _____ DATE: _____ :
(Firma del Paciente)