



Dra. Katherine Henríquez
URÓLOGO ANDRÓLOGO
Fertilidad y Sexualidad Masculina
Cirugía Mínimamente Invasiva y Microcirugía
+507 62171950 • urologapanama@gmail.com
www.urologapanama.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre		Seguro Médico	Compañía:
Cédula/Pasaporte			Póliza:
Sexo	<input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino		Certificado:
Edad (años)		Dirección	
Fecha Nacimiento		Ocupación	
Lugar Nacimiento		Educación	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Licenciatura
Nacionalidad			<input type="checkbox"/> Maestría
Teléfono		Estado Civil	<input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado
Celular			<input type="checkbox"/> divorciado/separado <input type="checkbox"/> viudo
Email		Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No

ACOMPAÑANTE O FAMILIAR PARA CONTACTAR POR URGENCIAS

Nombre			
Celular		Email	
Parentesco	<input type="checkbox"/> esposo(a) <input type="checkbox"/> hijo(a) <input type="checkbox"/> hermano(a) <input type="checkbox"/> amigo (a) Otro: _____		

MÉDICO FAMILIAR/GENERAL Dr. _____**REFERENCIA** Google Facebook/Twitter/Instagram Prensa Paciente Red Proveedor
 Médico: _____ Especialidad: _____**MOTIVO(S) DE CONSULTA** Chequeo de próstata Dificultad para orinar Orina frecuente y urgente
 Infección en orina Orina con sangre Piedras y cólico en riñones Escape de orina/vejiga caída
 Verrugas genitales Dolor o masa en testículos Secreción y herida en el pene Disfunción eréctil
 Problemas al eyacular Dolor en genital y pelvis Infertilidad Vasectomía**ALERGIAS** Ninguna penicilina sulfas yodo AINEs Otros: _____**TABAQUISMO** Nunca Dejó de fumar fumador _____ cigarrillos al día por _____ años**ALCOHOL** Nunca A veces Casi siempre _____ vaso/copa de _____ (cerveza/ron/vino/vodka) por semana**ENFERMEDADES** Ninguna diabetes hipertensión arterial problemas del corazón colesterol alto
 cáncer _____ reflujo/úlcera péptica depresión/ansiedad neurológico próstata
 asma Otros: _____**MEDICAMENTOS:** Ninguno No recuerda nombre Suplementos

Nombre (marca y compuesto)	Dosis (mg, g, µg, UI, ml)	Frecuencia (cada día, c/12h, c/8h)

CIRUGÍAS Ninguna hernia abdomen corazón cerebro/columna extremidades vasectomía
testículos varicocele riñón derecho riñón izquierdo vejiga próstata circuncisión piedras en
la orina Otros: _____