

Nombre (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): _____

SAN JOSE GASTROENTEROLOGY



Este formulario es una documentación importante de su expediente médico.
Le agradecemos que complete tanto como pueda con la mayor precisión posible

Antecedentes Médicos: Favor de marcar el cuadrado correspondiente, si tiene:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Hipertensión (Hypertension) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones (Renal Disease) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón (Heart Disease) | <input type="checkbox"/> Arritmias (Arrhythmia) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado (Liver Disease) |
| <input type="checkbox"/> Asma/Enfisema (Asthma/Emphysema) | <input type="checkbox"/> Embolia/Derrame cerebral (stroke) | <input type="checkbox"/> Otras _____ |
| | <input type="checkbox"/> Colesterol alto (High Cholesterol) | |

Antecedentes Quirúrgicos: Favor de marcar el cuadrado correspondiente, si está

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Operado del estómago (Stomach Surgery) | <input type="checkbox"/> Cesáreas (C-section) |
| <input type="checkbox"/> Operado del intestino (Intestinal Surgery) | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco (Pacemaker Placement) |
| <input type="checkbox"/> Operado de la vesícula (Cholecystectomy) | <input type="checkbox"/> Cateterización (Cardiac Cath/Stent) |
| <input type="checkbox"/> Operado del apéndice (Appendectomy) | <input type="checkbox"/> Angioplastia (Angioplasty) |
| <input type="checkbox"/> Operada de la matriz (Hysterectomy) | <input type="checkbox"/> Otras operaciones (Other Operations): _____ |
| <input type="checkbox"/> Operado del corazón: (Heart Surgery) | |
| Tipo _____ Fecha _____ | |

MEDICAMENTOS: Por favor escriba todos los medicamentos que toma actualmente

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

Indique si está tomando: Coumadin Plavix Aspirina

Alergia a Medicamentos (Allergy to Medications): NO (NO) SI (YES)

Si es alérgico, anote los medicamentos a los cuales es alérgico y la reacción que presenta:

Antecedentes Personales: Estado Civil: Casado (Married) Soltero (Single) Divorciado (Divorced) Viudo (Widowed)

Empleo (Job): _____ **Hijos (Children):** _____ varones (boys) _____ hijas (girls) _____

¿Fuma? (Tobacco) No Sí **¿Qué cantidad? (How much)** _____ **¿Cuánto tiempo? (How long)** _____

Dejó de fumar **¿Cuándo? (quit when)** _____

Bebidas alcohólicas (Alcohol) : No Sí **¿Cuánto toma? (how much):** _____ (al día o por semana y por cuantos años)

Dejó de tomar, **¿Hace cuánto tiempo? (how long since quit)** _____

¿Transfusiones de sangre? (blood transfusions) **Tatuajes (tattoos)** **Abuso de narcóticos intravenosos (IVDA):** Fechas: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: (por favor marque las casillas apropiadas)

- Cáncer del hígado (liver cancer), intestino grueso (colon cancer).** **¿Quién y qué tipo** _____
- Hepatitis B** **¿Quién?** _____
- Hepatitis C** **¿Quién?** _____
- Enfermedades del hígado (liver disease):** **¿Quién?** _____
- Otras enfermedades o cáncer (other diseases or cancer):** (Diabetes, enfermedades cardíacas, del hígado, etc.): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Reviewer:** _____