

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD _____ FECHA _____

RAZON DE VISITA: _____

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas? *Por favor marque la respuesta apropiada con una "X":*

	SI	NO		SI	NO
Nauseas			Sangrado Vaginal Anormal		
Vómitos			Descenso vaginal o infección		
Diarrea			Cáncer gastrointestinal		
Estreñimiento			Pólipos en el colon		
Numero de veces que deposita:			Ulceras		
Dolor o sangrado rectal			Hepático/Enfermedad hepática		
Cambios recientes en los hábitos depositarios			Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa		
Perdida de peso			Enfermedad Celiaca		
Perdida de apetito			Pancreatitis		
Eructos			Reciente problemas cardiacos o del corazón		
Acidez/Regurgitación			<i>Por favor Explique:</i>		
Dificultad tragando/Dolor al tragar					
Negro, oscuros depósitos					
Dolor abdominal					
Ictericia			Hipertensión		
Dolor en el pecho			Problema Pulmonar		
Falta de Aliento			Diabetes mellitus		
Palpitaciones			Colesterol alto		
Toz crónica			Derrame Cerebral		
Dificultad Urinaria			Tiroides		
Necesidad frecuente de orinar			Artritis		
Sangre en la Orina			Problema de Riñones		

Por favor mencione cualquier problema adicional o lesiones que ha tenido: _____

Por favor mencione cualquier problema quirúrgico y describa las operaciones que ha tenido en el pasado : _____

	<u>Operaciones</u>	<u>Año</u>	<u>Hospital</u>
1.			
2.			
3.			

Último Mamo grama _____ Último PAP _____ Última Densidad Ósea _____

¿Ha tenido una reacción a la anestesia o tendencia a sangrar? SI NO Si es así, por favor describa cuando: _____

¿Ha tenido una gastroscopia anteriormente? SI NO Si es así, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron los resultados? _____

¿Ha tenido una colonoscopia anteriormente? SI NO Si es así, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron los resultados? _____

¿TAC? SI NO ¿Sonograma? SI NO
 ¿Series GI Superior? SI NO ¿Enema de Bario? SI NO

Por favor liste cualquier medicina a la cual sea alérgico(a): NONE

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Por favor liste los medicamentos que ha tomado en el último año:

Medicina (incluya aspirina)	Dosis	¿Cuanto tiempo?	Razón por la que toma este medicamento

¿Tiene Ud. tatuajes? SI NO Si es así, ¿Donde? _____
 ¿Tiene Ud. Aretes (aparte del oído)? SI NO Si es así, ¿Donde? _____
 ¿Ud. Fuma? SI NO Si es así, ¿Cuanto? _____
 ¿Bebe Ud. alcohol? SI NO Si es así, ¿Con que frecuencia? _____
 ¿Ha tenido transfusiones de sangre? SI NO Si es así, ¿Cuándo? _____

¿Alguien en su familia, ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque la respuesta apropiada con una "X" e indique cual miembro de familia (papa, mama, familiar, hijo(a), etc.):

	SI	NO		YES	NO
Cáncer (si es así, ¿que órgano?)			Colitis ulcerosa/Enfermedad de Crohn		
			Enfermedad Celiaca		
			Diabetes		
			Enfermedad del Corazón		
			Derrame Cerebral		
Pólipos de Colon			Colesterol Elevado		
Enfermedad Hepática/Hepatitis			Enfermedad de la Tiroides		

POR FAVOR USE ESTE ESPACIO PARA CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL O COMENTARIO QUE UD CREA PUEDE SER DE INTERES:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del MD: _____ Fecha: _____

Comentarios del MD: _____

