

Rm#: _____
EGD/Colonoscopy: _____
Colonoscopy: _____

FORMULARIO DE HISTORIA INICIAL DEL PACIENTE

Fecha de consulta de la oficina: _____ Fecha de formulario completado: _____ Edad del paciente: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial intermedia: _____

Referido por: _____

Médico de atención primaria: _____

Por favor escribe el nombre (s) de otros médicos que haya visitado en el último año:

• **Razón (s) para su visita a un gastroenterólogo (por favor, incluya la duración de sus síntomas si corresponde):**

• **¿Has comenzado algún medicamento nuevo (prescripción, sin receta, vitaminas, probióticos y suplementos) dentro de los 3 meses de la aparición de los síntomas?** _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor, escribe el nombre de los medicamentos (incluidos los antibióticos) que comenzó en los 3 meses antes de la aparición de los síntomas: _____

• **Para pacientes femeninos, ¿existe alguna correlación entre sus síntomas y su período menstrual (si corresponde)?** _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas (por favor, de poner una marca de verificación ✓ junto a los síntomas que se aplican a usted):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea en cualquier parte del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Cambio repentino en la visión |
| <input type="checkbox"/> Sensación que la comida se atasca en la garganta o el pecho cuando come | <input type="checkbox"/> Heces delgadas en una base consistente | <input type="checkbox"/> Otro síntoma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Contagio de COVID-19 _____ |
| <input type="checkbox"/> Sabor ácido o amargo en la garganta | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | |
| <input type="checkbox"/> Despertar en medio de la noche con tos o falta de aliento | <input type="checkbox"/> Sintiendo lleno poco después de comenzar de comer | |
| <input type="checkbox"/> Laringitis (voz ronca) | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | |
| <input type="checkbox"/> Ardor en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | |
| <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Heces negro | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso involuntaria | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre y/o escalofríos | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Dolor en el área rectal | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Incontinencia de heces (es decir, pérdida de control de las evacuaciones intestinales) | |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo | |

Para uso de oficina sólo

Weight: _____ Height: _____ BMI: _____ Temp: _____ BP: _____ HR: _____ Otro: _____

Medical Clearance: _____ Yes _____ No Diabetic: _____ Yes _____ No Type I or II Insulin dependent: _____ Yes _____ No

• **Sólo para pacientes femeninos:**

Fecha de la última menstruación: _____

¿Estás o podrías estar embarazada en este momento? ___ Sí ___ No

Fecha de su último examen ginecológico: _____

La fecha del último mamograma: _____

Por favor, pon una marca de verificación junto a cualquiera de los siguientes síntomas que le puede aplicar:

___ Menstruación irregular
___ Sangrado excesivo durante los periodos menstruales
___ Sangrado vaginal entre periodos menstruales
___ Secreciones vaginales anormales

• **Enfermedades del corazón:**

___ Ataque cardíaco (s). En caso afirmativo, fecha (s): _____

___ Soplo cardíaco, En caso afirmativo, fecha (s): _____

___ Estenosis aórtica
___ Arritmia cardíaca

En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

___ Prolapso de la válvula mitral
___ Toma diluyentes de la sangre

En caso afirmativo, el nombre de la medicina: _____

• **Procedimientos cardíacos:**

___ Stents, En caso afirmativo, la fecha: _____

___ Cirugía de bypass cardíaco
En caso afirmativo, fecha: _____

___ Angioplastia, En caso afirmativo, fecha: _____

___ Marcapasos o ICD.
En caso afirmativo, fecha: _____

___ Ablación cardíaca. En caso afirmativo, fecha: _____

___ Cirugía/procedimiento de la válvula cardíaca. En caso afirmativo, la fecha: _____

• **Pruebas cardíacas:**

___ Test de estrés. En caso afirmativo, la fecha: _____

___ Ecocardiograma. En caso afirmativo, la fecha: _____

___ Holter monitor. En caso afirmativo, la fecha: _____

• **Pasado historial médico (por favor, pon una marca de verificación junto a los que se aplican a usted):**

___ Trastorno de coagulación sanguínea

En caso afirmativo, tipo: _____

___ Sangrado excesivo durante procedimiento o cirugía.

En caso afirmativo, nombre de procedimiento y fecha cuando se produjeron: _____

___ Trastorno convulsivo

___ Herida a la cabeza

___ Migraña

___ Cálculos renales

___ Insuficiencia renal

___ Infección con el organismo resistentes a los antibióticos?

En caso afirmativo, por favor lista: _____

___ ¿Trasplante de cualquier órgano?

Por favor especificar: _____

___ ¿Reemplazo de cadera o cualquier otro prótesis?

Por favor especificar: _____

___ Problemas de columna

___ Cáncer

En caso afirmativo, escriba el tipo: _____

Fecha de diagnóstico: _____

¿Cirugía? Tipo: _____

¿Tratamiento? Tipo: _____

(quimioterapia/radiación)

Fecha (s) de tratamiento: _____

___ MRSA

Fecha de diagnóstico: _____

¿Tratado? ___ Sí ___ No

¿Localización de la infección? _____

___ Angina

___ Insuficiencia cardíaca congestiva

___ Anemia

___ Desmayos

___ Fiebre reumática

___ Presión arterial alta

___ Colesterol elevado

___ Neumonía

___ Asma

___ Enfisema

___ Apnea del sueño

___ Enfermedad de tiroides;

___ Sub activo ___ hiperactivo

___ Diabetes: Tipo _____

Dependiente de insulina

___ Sí ___ No

___ Infarto cerebral

___ Infección por VIH

___ Herpes

___ Mononucleosis

___ Tuberculosis

___ Psoriasis

___ Endometriosis

___ Quiste de ovario

___ Lupus

___ Transfusión de sangre

En caso afirmativo, año: _____

___ Gota

___ Artritis

___ Leucemia o linfoma

___ Esquizofrenia

___ Fibromialgia

___ Depresión

___ Trastorno bipolar

¿Alguna vez te han hecho la prueba del virus del SIDA? Sí No

¿Ha recibido antibiótico profilaxis para procedimientos, incluyendo dental? Sí No

En caso afirmativo, describir:

Por favor describa cualquier otra condición médica no mencionado anteriormente: _____

- **Historia de enfermedades gastrointestinales, digestivas y hepáticas** (ponga una marca a los que le aplican a usted)

<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Celiac Sprue
<input type="checkbox"/> Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori infección	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía de estómago	<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Cáncer de estómago	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, o <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> El esófago de Barrett	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido (ERGE)	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Acalasia
<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Eliminación del Apéndice	

Por favor describa cualquier otra enfermedad gastrointestinal, digestiva, hepática o cirugía no mencionada anteriormente: _____

- **Historia de procedimientos gastrointestinales y hepáticos/estudios radiológicos (por favor, dar fechas de cualquiera de los siguientes procedimientos/estudios que haya completado):**

Las tarjetas hemocultistas: _____ Endoscopia superior (EGD): _____
Sigmoidoscopia flexible: _____ Enema de bario: _____
Colonoscopia: _____ Biopsia de hígado: _____
Tomografía: _____ MRI: _____
Ultrasonido pélvico: _____ Otro: _____
PET Scan: _____
Serie GI superior (radiografía después de consumir Barium): _____

- **Por favor liste las hospitalizaciones anteriores:**

<u>Razón de la hospitalización</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- **Por favor liste cirugías anteriores (no enumerada en la lista):**

<u>Describe la cirugía</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- **Por favor, proporcione su consentimiento para que su lista de medicamentos sean importados:** Sí No

- **¿Eres alérgico a algún medicamento?**

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

- **¿Tienes alguna otra alergia?** Sí No

En caso afirmativo, por favor liste: _____

- **La historia clínica general de su familia:**

	<u>Edad</u>	<u>Problemas médicos</u>	<u>¿Fallecido?</u>	<u>En caso afirmativo, ¿causa?</u>
Madre	_____	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____	_____
Hermano/hermana	_____	_____	_____	_____
(especificar)	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Niños	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Otros (tía/tío, Abuelos)	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

- **Historia dietética**

Por favor describa los alimentos que normalmente tiene para las siguientes comidas:

	<u>Comida</u>	<u>Bebida</u>
Desayuno	_____	_____
Almuerzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Aperitivos	_____	_____

- **¿Tienes intolerancia a la leche u otra intolerancia a los alimentos?**

En caso afirmativo, describir: _____

- **¿Hay síntomas que se produce durante o poco después de las comidas?**

En caso afirmativo, describir: _____

- **¿Masticas chicle o consumes otros productos que contengan azúcar de forma regular?**

En caso afirmativo, por favor describa lo que consume y con qué frecuencia: _____
