

TWIN RIVERS GASTROENTEROLOGY CENTER

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Por favor complete el siguiente formulario. Información aquí contenida no se liberará a nadie a menos que usted autoriza a esta oficina para hacerlo. Apreciamos su tiempo y paciencia para completar este cuestionario para que podamos satisfacer mejor sus necesidades médicas.

Rascón por su vista: _____

¿Tiene una directiva avanzada, testamento vital o poder notarial? Sí NO

¿Desea información sobre cómo obtener cualquiera de estos por sí mismo? Sí NO

Por favor círculo sí o no para sus respuestas a las siguientes preguntas e indique si están reportando un historia de o el motivo de su visita hoy.

<p>1 ¿Cualquier molestia o dolor abdominal?</p> <p>¿Aparece el dolor después o durante las comidas?</p> <p>¿Dolor se despierta en medio de la noche?</p> <p>¿Comer o tomar antiácidos, aliviar el dolor:</p> <p>¿Es el peor dolor después de una comida copiosa o alimentos grasosos/fritos?</p>	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
	Sí	NO				
	Sí	NO				
	Sí	NO				
	Sí	NO				
2 ¿Con frecuencia tienes ardor de estómago?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
3 ¿Náuseas o vómitos?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
4 ¿Pérdida de peso? Si tanto ¿cómo? _____ Cuando? _____	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
5 ¿Dificultad para deglutir o alimentos "atascarse"?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
6 ¿Historia de úlceras pépticas, duodenales o sangradas?	Sí	NO			<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
7 ¿Ha tenido un cambio en los hábitos intestinales?	Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
¿Diarrea?	Sí	NO				
¿Estreñimiento?	Sí	NO				
¿Dolor tipo cólico en el abdomen?	Sí	NO				
¿Dolor relacionado con la defecación?	Sí	NO				
¿Sangre en heces, sangrado, rectal o negro y heces pegajosas?	Sí	NO				
¿Moco en las heces?	Sí	NO				
¿Cinta o grabar como heces?	Sí	NO				
¿Requieren fuertes laxantes?	Sí	NO				
¿Heces pálidas en color o en la orina de color oscuro?	Sí	NO				
8 ¿Ha tenido una transfusión de sangre? When? _____	Sí	NO				
9 ¿Toma cualquier hierba?	Sí	NO				

TWIN RIVERS GASTROENTEROLOGY CENTER

NOMBRE: _____						FECHA DE NACIMIENTO: _____		FECHA: _____			
10 ¿Historia de la hepatitis o la familia de problemas hepáticos?						Sí	NO		<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
11 ¿Beber alcohol de forma regular en el pasado o presente? ¿Cuánto? _____ Por cuánto tiempo? _____						Sí	NO		<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
12 ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipas en el pasado? Especificar _____						Sí	NO		<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
13 ¿Uso de drogas de la calle ahora o en el pasado?						Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
14 ¿Tomar aspirina, Alka Seltzer, Coumadin, Plavix u otros anticoagulantes?						Sí	NO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA DE	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY
15 ¿Cualquier enfermedad médica? Specify: _____											
16 ¿Alergias a medicamentos, alimentos o radiografía del tinte? Specify: _____										NINGUNO	
17 Enumere más allá de las operaciones: _____											
										NINGUNO	
18 ¿Historia de cáncer? Specify: _____						Sí	NO		<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
19 Historia de pólipos? ¿A qué edad? _____						Sí	NO		<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
20 ¿Sangre relativa con historia de cáncer, colitis enfermedad colon pólipos de crohn?							Sí	NO	<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
21 ¿Ha tenido usted o cualquier miembro de la familia problemas con anestesia?						Sí	NO		<input type="checkbox"/>	MOTIVO DE VISITA HOY	
<p>Si ha experimentado cualquiera de los siguientes, compruebe por favor las que se aplican a usted:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolorr de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Debilidad / Parálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Mareado / luz encabezado</p> <p><input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas, problemas de la piel <input type="checkbox"/> Convulsiones o temblores</p> <p><input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Problemas oculares</p>											