

GASTROINTESTINAL SPECIALISTS OF GEORGIA, P.C.
(Especialistas en Aparato Gastrointestinal de Georgia, S.A.)
Gastroenterología, Endoscopia y Enfermedades del Hígado

NOMBRE DEL PACIENTE _____
EDAD DEL PACIENTE _____
ALERGIA A MEDICAMENTOS _____

FECHA _____
DERIVADO POR _____
ALTURA _____ **PESO** _____

1. DESCRIBA SU(S) PROBLEMA(S) ACTUAL(ES).

A. _____
 B. _____

2. ENFERMEDAD ACTUAL

A. Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	K. Problemas de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
B. Problemas para tragar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	L. Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
C. Dolor al tragar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	M. Constipación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
D. Náusea/Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	N. Cambio de ritmo defecatorio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E. Dolor/Ardor de estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	O. Pérdida de peso/aumento de peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
F. Historia de úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	P. Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
G. Vómito con sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Q. Falta de apetito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
J. Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	R. Problemas de hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
I. Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	T. Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
H. Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	S. Problemas de páncreas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. ANTECEDENTES PERSONALES

A. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Año y Comentarios

Año y Comentarios

Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Histerectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Cirugía de mamas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Extirpación de ovarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Cirugía de vesícula	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Cirugía de estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Corazón y/o puente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Cirugía de Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Hemorroidectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Amigdalectomía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Otras cirugías	(escribalas si no están en la lista)		_____

B. HISTORIA MÉDICA

Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Otras enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Próstata agrandada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Estómago/intestino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedades tiroideas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	Otras (escribalas si no están en la lista)			_____
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____				

4. MEDICACIONES ACTUALES: (Por favor, incluya el nombre de la medicación, la dosis y la frecuencia de administración. Por favor, incluya los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos dietarios).

5. OTRAS

¿Toma aspirina o medicamentos para la artritis? Sí No ¿Toma anticoagulantes (cumadin/plavix)? Sí No

Nombre del Paciente: _____ (etiqueta de identificación del paciente)

Fecha de Nacimiento: _____

6. HISTORIA FAMILIAR: (Por favor, marque todo lo que corresponda)

	Padre	Madre	Abuelo/a	Hermano/a	Hijo/a
Pólipos de colon	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer de colon	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer de estómago	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad celíaca	_____	_____	_____	_____	_____
Colitis ulcerosa	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad de Crohn	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad hepática	_____	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad cardíaca	_____	_____	_____	_____	_____
Hipertensión	_____	_____	_____	_____	_____
Accidente cerebrovascular	_____	_____	_____	_____	_____

7. HISTORIA SOCIAL: (si la respuesta es sí, indique cuánto por día)

Fuma tabaco Sí No ____ (paquetes/día) Bebe café Sí No ____ Usa droga ilegales Sí No ____
 Toma alcohol Sí No ____ (onzas/día) Bebe té Sí No ____ Toma bebidas carbonatadas Sí No ____
 Casado Sí No _____ Hijos Sí No _____

8. REVISIÓN POR APARATOS: (Por favor, haga un círculo alrededor de cualquiera de los siguientes problemas que usted esté padeciendo, que ha padecido en el último año o que padece regularmente).

GARGANTA-NARIZ-OÍDOS: Sí No sangrado nasal, goteo postnasal de seno, zumbidos de oídos, dolor de garganta
 DERMATOLÓGICO: Sí No erupción en la piel, picazón, úlceras, pérdida de pelo
 OFTALMOLÓGICO: Sí No cambios en la visión, dolor ocular, enrojecimiento ocular, visión doble
 DENTAL: Sí No sangrado de encías, dolor de lengua, ronquera, úlceras de la boca, mal aliento
 PULMONAR: Sí No tos, sibilancias, agitación, asma, expectoración de sangre
 CARDÍACO: Sí No dolor de pecho, palpitaciones, latidos cardíacos irregulares, reemplazo de válvula cardíaca
 GENITO- URINARIO: Sí No micción frecuente, sangre en la orina, micción dolorosa, dificultad para orinar
 GINECOLÓGICO: Sí No sangrado vaginal, flujo, dolor pélvico, sangrado vaginal irregular
 MÚSCULO- ESQUELÉTICO: Sí No calambres en las piernas, dolores musculares o articulares, dolor con los movimientos que mejoran con el reposo
 NEUROLÓGICO: Sí No desmayos, desvanecimientos, convulsiones, mareos, problemas de memoria, dolores de cabeza
 HEMATOLÓGICO: Sí No que aparecen fácilmente, coágulos sanguíneos, sangrado irregular moretones
 ENDOCRINOLÓGICO: Sí No intolerancia al calor/frío, sed excesiva, micción excesiva, pérdida/aumento de peso
 PSICOLÓGICOS: Sí No incapacidad para dormir, ataques de pánico, ansiedad continua, incapacidad para pensar
 CENTRO DE ENDOSCOPIA: Sí No complicaciones en la cirugía/anestesia, embarazo, glaucoma, presión en los ojos, alergia al huevo/soya, alergia al látex, uso de oxígeno en el hogar, apnea del sueño, dificultad para respirar

He completado este formulario lo mejor que he podido y tan precisamente como me fue posible.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR _____

FECHA _____

[] Anestesia ha revisado el formulario de historia clínica descrito

FECHA _____

INICIALES _____

FECHA _____