

www.gastrohealth.com

Formulario de Historia Médica

Información del Paciente Nombre: Apellido:_ Fecha de Nacimiento: Raza Blanca Negra / Afro Asiático 🔵 Indio Americano / Americano o Nativo de Alaska Desconocido Nativo de El paciente se niega a Hawái/Otra Isla proporcionar información del Pacifico Origen Étnico El paciente se niega a proporcionar información Hispano o No Hispano o Latino Latino Sexo ⊃ Mujer) Otro **Idioma Preferido** Ingles Español Francés Creole Portugués El paciente se niega a proporcionar informacion Otro: **ALERGIAS** Desconoce tener alergias
 Desconoce alergias a medicamentos Aspirina Sulfato de Codeína (Huevos Yodo o que) Morfina contenga yodo Penicilina) Sulfa) Látex Soya Otro: (Sulfonamidas) **VACUNAS** Ninguna Hepatitis A Hepatitis B Neumonía C Flu HPV (Virus de Papiloma Humano) Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: __ Cuándo: ___ Cuándo: ___ Herpes Tétanos Otra: _ Cuándo: _ Cuándo: **CONDICIONES MEDICAS PASADAS O PRESENTES** None Marcapasos AICD Anemia Angina Trastorno de Ansiedad Artritis Asma Cáncer de Colon Cáncer de Cabeza/Cuello Coágulos 🆳 Cáncer de Seno Leucemia/Linfoma Sanguíneos Cáncer de Pulmón Cáncer de Próstata Cáncer de Piel Cáncer - Otro Enfermedad Celiaca Cirrosis del Colitis Pólipos en Enfermedad Depresión Diabetes Enfermedad de Crohn Pulmonar Crónica Hígado el Colon) Hígado → Fibromialgia Diverticulitis Endometriosis Cálculos Reflujo Gastroesofágico **Biliares** Grasoso Glaucoma Insuficiencia Cardiaca Helicobacter Pylori Hemorroides Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis Otro Hernia de Pared Abdominal Hernia - Inquinal Hernia - Umbilical Triglicéridos Elevados VIH/SIDA Síndrome del Colon Irritable → Hipertensión Colesterol Elevado Enfermedad Calculo Renal Intolerancia a la Esclerosis Múltiple Lupus Renal/Insuficiencia lactosa Infarto Quiste Ovárico) Neumonía Osteoporosis Pancreatitis Enfermedad Miocárdico Polio Tuberculina Psoriasis Embolia Pulmonar Fiebre Reumática Convulsiones Positiva Úlcera Estomacal o Enfermedad de Apnea del Derrame Tuberculosis Prueba de Transmisión Sexual Sueño Duodenal Cerebral **Tuberculosis** Cutánea Positiva

Fibromas Uterinos Otro: _

Enfermedad de la Tiroides

Colitis Ulcerosa

Ninguno Colonoscopia Gastroscopia ERCP Biopsia del Hígado Enteroscopia Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: Cuándo: _ Ecografía Endoscópica Capsula Endoscópica Prueba de Estrés Ecocardiograma Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: **PROCEDIMIENTOS ANTERIORES** Ninguno Cirugía Bariátrica Cirugía Bariátrica 🔵 Cirugía Estética 🏻 🔘 Apendectomía Cirugía Bariátrica del Ăbdomen (Banda Gástrica) (Derivación Gástrica) (Manga Gástrica) Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: Resección de Colon Cirugía de Vejiga Seno Cesárea Colostomía Cuándo: _ Cuándo: Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _ Funduplicatura Derivación Cirugía de Vesícula Cirugía de Histerectomía Biliar Hemorroides Coronaria Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _ Reparación de la Cirugía de Ovarios Próstata Estómago Tiroides Hernia Inguinal Cuándo: Cuándo: _ Cuándo: _ Cuándo: _____ Cuándo: _ Reparación de la Hernia Ligadura de Trompas Otro: _ Umbilical Cuándo: __ Cuándo: _ Cuándo: _ HISTORIA SOCIAL Ocupación: _ Número de Niños: -**Estado Civil** → Soltero → Casado Divorciado → Separado → Viudo Alcohol Ninguno Tipo Cantidad Numero Raramente Menos de 2 días a la semana Más de 2 días a la semana Diariamente Dejé de usar Consumo de Tabaco Ex fumador Nunca ha fumado Fuma diariamente Fuma ocasionalmente Fumador- no se sabe el estatus Fuma poco Fuma mucho No se sabe si a fumado Tipo Cantidad Comenzó Dejo de Fumar Frecuencia Cigarrillos Cigarro 🔵 Tabaco de Mascar C Pipa Uso de Drogas Ninguno Tipo _ Numero Numero Nunca he usado He usado drogas drogas recreativas recreativas en el pasado Actualmente estoy usando He sido tratado por drogas recreativas abuso de sustancias **MEDICAMENTOS ACTUALES** Ninguno Nombre Cómo se toma? Dosis **FARMACIA** Nombre Número de Teléfono

ESTUDIOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Constitucional		Genitourinario	•		Psiqu	iátrico			
Ninguno		Ninguno		Si No		Vinguno		Si No	
fatiga	Si No	agrandamiento				anormal		O O	
fiebre		masa en el seno cambio en la fre		ia OO		lad/nerviosism	0	ŎŎ	
sudores nocturnos pérdida de peso		orina oscura		ŎŎ	depre alucina	sion aciones			
aumento de peso	88	disminución del dolor al orinar	flujo de orina		pérdic	la de memoria	/confusión	ŏŏ	
		períodos pesad		ia ÖÖ OO OO		es de pánico mientos suicid	as		
Gastrointestinal		sangre en la orii impotencia	na						
Ninguno	C' N	secreción uretra				, Nariz, Boca	y Garganta	1	
dolor abdominal	Si No	incontinencia ur	inaria	00		Ninguno		Si No	
hinchazón abdominal	ŏŏ	Ojos				ado de las enc	ías	00	
eructos hinchazón	88	Ninguno		Si No		de oído da de la audici	ón	88	
sangre en las heces	88	cambio de visió	n		ronqu	era		ŏŏ	
cambio en los hábitos intestinales estreñimiento	88	visión doble		ŎŎ		en la boca ucción nasal		88	
diarrea	§§	dolor en los ojo fotofobia	5		hemo	rragias nasales	;	ŎŎ	
gas acidez	000000000000000000000000000000000000000			0 0	proble	de garganta emas de sinusi	tis	88	
hemorroides	88	Integumentar	io					00	
ictericia náusea		Ninguno		Si No		ulo es que léti	со		
vómitos		picazón lesiones/nódulos				Ninguno Si No			
falta de apetito sangrado rectal		erupción			dolor	dolor de espalda OOO OOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOO			
dolor en el recto	88	tatuajes (ternura muscular				
ensuciamiento/incontinencia	ŎŎ I	Neurológico			hinch	azón de las art	iculaciones	ŌŌ	
dificultad para tragar		_			Hom	atológica/Lir	fático		
Cardiovascular		○ Ninguno		Si No		_	iiatico		
Ninguno	C: N	mareo desmayo				Ninguno		Si No	
dolor de pecho con actividad	Si No	dolores de cabe	eza	ŎŎ		ado fácil ulas agrandad	20	22	
falta de respiración con el ejercicio	00	entumecimiento/hormigueo temblores			apario	ión frecuente d	e moretones	88	
falta de respiración cuando está acostado	00	debilidad en los		ŎŎ					
dolor en las piernas al caminar palpitaciones	ŎŎ	debilidad en las	piernas	00	Aléro	gico/Inmunol	ógicas		
hinchazón de piernas		Endocrino				Ninguno		Si No	
desmayos	00				infec	ciones persiste	ntes	\bigcirc	
Respiratorio		Ninguno		Si No	tuerte	s reacciones alér	gicas o urticaria	$\circ\circ$	
Ninguno		crecimiento and pérdida anorma	rmai de peio I de pelo	00					
tos	Si No	intolerancia al fr		ŎŎ					
falta de respiración		sed excesiva sofocos							
flema o moco excesivo tos con sangre		3010003							
sibilancias									
	nistoria familia incer de Color fermedad de	n	ólipos en el infermedad						
Co	olitis Ulcerosa								
Estado de Salud		Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo		
Saludable		0	0	0	0	0	0		
Fallecido / a la edad de									
r directae , a la cada de									
Diagnosticos									
Alcoholismo		0	0	0	0	0	0		
Trastornos de la Coagulación		0	0	0	0	0	0		
Enfermedad Celíaca		0	0	0	0	0	0	_	
Pólipos en el Colon		0	0	0	0	0	0	_	
Enfermedad de Crohn		0	0	0	0	0	0	=	
Diabetes		0	0	0	0	0	0	_	
Problemas del Corazón		0	0	0	0	0	0	_	
Enfermedad Hepática		0	0	0	0	0	0	-	
Cáncer Pancreático		0	0	0	0	0	0	=	
Cáncer de Estómago		0	0	0	0	0	0	=	
Derrame Cerebral		0	0	0	0	0	0	_	
Enfermedad de la Tiroides		0	0	0	0	0	0	-	
Enfermedad Ulcerosa					0	0		_	
		\sim	()	()			/ 1		
		0	0	0			0	=	
Colitis Ulcerativa		0	0	0	0	0	0	_	
Colitis Ulcerativa		0	0	0	0	0	0	-	
Colitis Ulcerativa Cáncer de Colon								-	
Colitis Ulcerativa		0	0	0	0	0	0	-	