

Advanced Endoscopy Center Cuestionario de Historial Medico

Nombre	<input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Femina	Fecha de Nac.
Medico de Cabecera:	Medico que Refiere:	
Farmacia Preferida	Numero de Telefono Farmacia:	

Motivo de su Visita

Medicamentos

(Incluya medicamentos no recetados) Por favor escriba todos sus medicamentos o traiga una lista

Utiliza alguno de los siguientes?

SI	Nombre del Medicamento	Dosis	Cuantas veces al dia lo toma?
<input type="checkbox"/>	NO TOMA MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/>	Tylenol (Acetaminophen)		
<input type="checkbox"/>	Aspirina, Anacin o Bufferin		
<input type="checkbox"/>	Ibuprofen (Advil, Motrin) o Naproxen (Aleve)		
<input type="checkbox"/>	Laxantes		
<input type="checkbox"/>	Hierro		
<input type="checkbox"/>	Anticoagulantes (Coumadina/Warfarina/Plavix)		
<input type="checkbox"/>	Vitaminas / Medicinas Herbales	(Favor de anotar abajo)	
<input type="checkbox"/>	Otros	(Favor de anotar abajo)	

Medicamento	Dosis	Cuntas veces al dia lo toma?

Alergias: Tiene alguna alergia? Por favor indique alergias a medicamentos, comidas y su reaccion.

No alergias conocidas
 Es alergico al Latex? SI Es alergico al huevo? SI Es alergico al mani? SI

Medicamento o Alimento	Reaccion

<input type="checkbox"/> No Historial				Historial de Procedimientos			
<input type="checkbox"/> CT Scan Abdominal/Pelvico	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> MRI - Abdominal	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Ultrasonido Abdominal/Pelvico	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> MRCP - Abdominal	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Barium Enema	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Endoscopia (EGD)	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> ERCP (endoscopic evaluation of the bile ducts)	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Colonoscopia Virtual	Mes/Año:				

<input type="checkbox"/> No Historial Familiar				Historial Familiar (Familiares de Sangre)			
<input type="checkbox"/> Desconoce							
Cancer de Colon	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Relacion:				
Polipos de Colon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Relacion:				
Enfermedad de Crohn's Colitis Ulcerativa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Relacion:				
Enfermedad Hepatica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Relacion:				
Enfermedad de Vesicula Biliar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Relacion:				
Enfermedad Celiaca (intolerancia a gluten)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Relacion:				
Enfermedad Celiaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No					

Lista de Problemas / Historial Medico: Por favor marque todas las que le apliquen							
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Colesterol/Triglyceridos Altos	<input type="checkbox"/> Reflujo
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Piedras en la vesicula	<input type="checkbox"/> Oxigeno en el hogar	<input type="checkbox"/> Insuficiencia/Fallo Renal	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ulcera gastric or duodenal	<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Esofago de Barrett	<input type="checkbox"/> H.Pylori	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica o Hepatitis	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño	<input type="checkbox"/> Cancer Tipeo:	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria/ Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Polipos de Colon o recto	<input type="checkbox"/> Fallo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroide	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Valvula	<input type="checkbox"/> Marcapaso/Defibrilador	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa o Crohn's

Historial Social							
Ocupacion:							
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union Comun <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo							
Alcohol	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Alcoholico en Recuperacion					
	<input type="checkbox"/> SI	Tragos por Semana: _____	<input type="checkbox"/> Cerveza	<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Licor	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Social	
Tobaco	Usa Tobaco?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Paro Año _____		
	Si es si, seleccione el tipo de tabaco.		<input type="checkbox"/> Cigarrillos ____ # por dia	<input type="checkbox"/> Masticado ____ # por dia	<input type="checkbox"/> Pipa ____ # por dia	<input type="checkbox"/> Cigaros ____ # por dia	
Drugs	Do you currently use recreational or street drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
	If yes, please list type of drug _____ How often? _____						
	Have you ever given yourself non-prescribed drugs with a needle? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						

Historial Quirurgico

<input type="checkbox"/> NO CIRUGIAS		<input type="checkbox"/> Reparacion de Hernia	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Abdominal	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Histerectomia	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Apendectomia	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Ileostomia	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Colectomia	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Laparoscopia	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Reseccion de Colon	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Hgado	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Vesicula	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Pulmon	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Bandas gastrica	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Pancreas	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Bypass Gastrico	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Reflujo	Mes/Año:
<input type="checkbox"/> Corazon	Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Ulcera	Mes/Año:

Cambios de Salud en el ultimo Año: (Por favor marque los que aplican)

GENERAL	CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> Perdida de Apetito	HEME/LYMPH
<input type="checkbox"/> Perdida de Peso ____lbs	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Aumento de Peso ____lbs	<input type="checkbox"/> Latidos Irregulares	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Hinchazon piernas/pies	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Glandulas agrandadas
<input type="checkbox"/> Fatiga Cronica	RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> Quemazon	MUSCULOESQUELETAL
PIEL	<input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> Incontinencia de escreta	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<input type="checkbox"/> Salpullido	<input type="checkbox"/> Tos Persistente	<input type="checkbox"/> Intolerancia a lactosa	Dolor <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Cojunturas
<input type="checkbox"/> Ictericia (ojos o piel amarilla)	<input type="checkbox"/> Tos con Sangre	<input type="checkbox"/> Flema en la escreta	Rigidez <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Cojunturas
OIDOS-NARIZ-GARGANTA	<input type="checkbox"/> Tos con Esputo	<input type="checkbox"/> Nausea	NEUROLOGICO
<input type="checkbox"/> Perdida de Audicion	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor Rectal	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Vomitos	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Dolor de Garganta	GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> Vomitos con sangre	<input type="checkbox"/> Migraña
OJOS	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Derrame
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Escretas Negras	<input type="checkbox"/> Sed Exesiva	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Llenura	<input type="checkbox"/> Orinacion Exesiva	PSICOLOGICO
	<input type="checkbox"/> Sangre en la escreta	<input type="checkbox"/> Intolerancia al Frio	<input type="checkbox"/> Ansiedad
	<input type="checkbox"/> Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Intolerancia al Calor	<input type="checkbox"/> Depresion
	<input type="checkbox"/> Colicos		

Gracias por su tiempo. Esta informacion nos permitira ayudarle mejor. Recuerde enviarla por correo electronico antes de su procedimiento o traerla con usted e dia del mismo. Por favor no dude en llamarnos si tiene alguna pregunta.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____