

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, P.A.

NUEVO PACIENTE/ REPASO ANNUAL DE SALUD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Alergias: a Medicamentos/Comidas/Ambientales

Penicilina Sulfatos Látex Aspirina Codeína Otro: _____

POR FAVOR, SELECCIONE LA RAZÓN POR LA QUE VE AL MÉDICO HOY:

Preventivo Necesita una colonoscopia Necesita una gastroscopia Seguimiento hospitalario
 Dolor abdominal Diarrea Estreñimiento Sangrado rectal
 Heces negras o con sangre Crohn's Colitis Enfermedad del intestino irritable
 Cirrosis Hepatitis Dificultad para tragar Reflujo
 Náusea Vomito Pérdida de apetito Cambio de peso
 Otro (por favor describa): _____

POR FAVOR, LISTAR TODAS LAS CONDICIONES MÉDICAS (Marque todas las que correspondan):

Diabetes Alta presión sanguínea Dolor de pecho Insuficiencia cardíaca congestiva
 Enfermedad del corazón Enfermedad vascular Arritmia Fibrilación auricular (a-fib)
 Ataque al corazón Derrame Asma Apnea del sueño
 COPD Neumonía Convulsiones Parálisis
 Fibrosis quística Enfermedad del riñón Diálisis Enfermedad renal en etapa terminal
 VIH / SIDA Inmunodeficiencia Cirrosis Hepatitis
 Obstrucción intestinal EII / Crohn / Colitis Pancreatitis crónica Hernia: _____
 Trasplante: _____ Amputación: _____ Huesos fracturados: _____
 Cáncer: _____ Otro: _____

Por favor enumere todas las cirugías que ha tenido:

Apendectomía Amigdalectomía Remoción de vesícula biliar Colectomía
 Hemorroidectomía Reparación de hernia Derivación de la arteria coronaria Marcapasos
 Colocación de stent Cirugía de cataratas Cirugía de espalda Prostatectomía
 Cesárea Mastectomía Histerectomía Injerto de piel
 Reparación de fractura ósea / fractura: _____
 Otro (por favor describa): _____

Historial médico familiar (marque todos los que correspondan):

Pólipos de colon Cáncer de colon Síndrome de Lynch Cáncer de páncreas
 Cáncer de mama Cáncer de hígado Cáncer gástrico / esofágico Colitis
 Esófago de Barrett Cáncer (especificar): _____

Relación con el paciente y la edad de diagnóstico: _____, _____

Preguntas Médicas:

Si No ¿Tiene acidez estomacal que requiera medicamentos de venta libre más de dos veces por semana?
 Si No ¿Ha tenido tos últimamente, durante más de dos semanas?
 Si No ¿Ha tenido fiebre últimamente, por más de una semana?
 Si No ¿Tiene más dificultad para respirar sin actividad que hace dos años atrás?
 Si No ¿Ha tenido dolor o pesadez en el pecho en los últimos tres meses? ¿Ha sido esto evaluado por un doctor? _____
 Si No ¿Ha tenido dolor abdominal recientemente?
 Si No ¿Toma anticoagulantes, es decir, Coumadin, Aspirin, etc.?
 Si No ¿Tiene alergias lo suficientemente malas como para tomar medicamentos recetados?
 Si No ¿Fuma? En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? _____
 Si No ¿Bebe alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántos vasos de vino, cerveza u onzas de licor por día? _____
 Si No ¿Usted maneja?
 Si No ¿Tiene un poder de abogado (POA)?
 Si No ¿Tiene un tutor legal?
 Si No **Para mujeres solamente:** ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?
Fecha del último período menstrual: _____

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, PA complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-954-735-6000 ext 4113. Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-954-735-6000 ext 4113.