



Patient History

Dar esta forma al asistente medico cuando son llevados a el cuarto de examen

Gregory S. Smith, M.D.
Board Certified Gastroenterology & Hepatology

Mary Dotson, DNP-fNP
Board Certified Nurse Practitioner

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aa) _____

Medicaciones actuales, **Anticoagulantes**, Laxantes, Vitaminas, or Herbarios Vitaminas
(incluya su dosis y la frecuencia con la que usted toma sus medicamentos):

(Marque la caja si aplica)

Alergias a Drogas: _____ Ninguna Alergia a Drogas conocidas:
Otras Alergias: _____ Ninguna Alergia a los alimentos:

Razón por la Cita:

Escriba la razón de esta cita o, marca la casilla al lado de las opciones que le aplican a usted entre **1- 19**.

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|----|--|--------------------------|
| 1 | Circular: Tos / Tos de Sangre | <input type="checkbox"/> | 12 | Pérdida de Peso Abnormal | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Circular: Vómito / Vómito de Sangre | <input type="checkbox"/> | 13 | Circular: Diarrea / Estreñimiento | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Náusea | <input type="checkbox"/> | 14 | Cambio en los Hábitos Intestinales | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Dificultad Para Tragar | <input type="checkbox"/> | 15 | Circular: Sangre en las Heces / sangrado de Recto | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Acidez/ Reflujo | <input type="checkbox"/> | 16 | Circular: Dolor Rectal / Picazón Rectal | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Ardor de Estómago | <input type="checkbox"/> | 17 | Hemorroides | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Circular: Dolor abdominal/ cólicos | <input type="checkbox"/> | 18 | Flatulencia excesiva / Pasando mucho Gas | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> | 19 | Hinchazón Abdominal (sostienen Gas) | <input type="checkbox"/> |

El Historial Médico Pasado: (Diagnosticado): Marca la casilla al lado de las opciones que le aplican a usted entre **1- 34**.

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---|--------------------------|
| 1 | Enfermedad del reflujo de Gastroesophageal (GERD) | <input type="checkbox"/> | 20 | VIH Positivo | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Úlcera Gástrica | <input type="checkbox"/> | 21 | La Diabetes Mellitus (Azúcar Alta/Baja) | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Historia Personal de Cáncer del Colon | <input type="checkbox"/> | ↳ (Sólo diagnosticado — No pre-diabetes) | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Circular: Historia Personal de Pólipos Intestinal/ Rectal | <input type="checkbox"/> | 22 | Problemas del Corazón/ Enfermedad / Alto riesgo | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Hernia de Hiato | <input type="checkbox"/> | Tipo: _____ | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Síndrome de Intestino Irritable (IBS) | <input type="checkbox"/> | 23 | Usted tiene Válvula de Corazón | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Circular uno: Diverticulitis / Diverticulosis | <input type="checkbox"/> | ↳ Tipo: Mecánico / Tejido | | <input type="checkbox"/> |
| 8 | La Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> | 24 | Circular: Marcapasos de Corazon/ Desfibrilador | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Circular uno: Colitis/ La Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> | 25 | Circular: Agotamiento Cerebral/ Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Circular: Problemas Vesícula Biliar /Piedra Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> | 26 | Asma (solo si todavia lo tiene) | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Enfermedad Pancreática | <input type="checkbox"/> | 27 | Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Circular: Enfermedad Renal/ Piedra en el Riñón | <input type="checkbox"/> | 28 | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Problemas del Hígado _____ | <input type="checkbox"/> | 29 | ¿Complicaciones con la Anestesia? | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Cirrosis | <input type="checkbox"/> | ↳ Tipo de reacción: _____ | | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Circular uno: Hepatitis (A, B, C u otro) | <input type="checkbox"/> | 30 | Cancer | <input type="checkbox"/> |
| ↳ ¿Le gustaría ser examinado para hepatitis? Si/ No | | <input type="checkbox"/> | ↳ Tipo: _____ | | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Anemia | <input type="checkbox"/> | 31 | Diagnosticado(a) con Depresión | <input type="checkbox"/> |
| 17 | ¿Transfusión de Sangre? Año(s) _____ | <input type="checkbox"/> | 32 | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> |
| ↳ ¿Tendría una transfusión de sangre si es necesario? Si/No | | <input type="checkbox"/> | ↳ Circular uno: Despacio (Hipo)/ Acelerado (Hiper) | | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Desorden Sangrante | <input type="checkbox"/> | 33 | Remplazo o Reparación de Articulación | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Hipertensión (Alta Presión Arterial) | <input type="checkbox"/> | 34 | Circular: Glaucoma/ Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> |

*** Por favor, déle la vuelta y complete el reverso también.***

Lista de Otra Historia Clínica:

Lista de sus Cirugías Previas/ Fecha o Año:

Hospitalizaciones / Fecha o Año:

Última Colonoscopia: _____ **Última Endoscopia Digestiva Alta:** _____

Análisis de Sangre entre los últimos 3 meses: Si/ No **Última Radiología:** _____

Algunas enfermedades son hereditarias. Por lo tanto, es necesario conocer su historia familiar. Sólo necesitamos la información sobre su familia biológica. Por favor, no dar historia sobre familia no relacionado por sangre.

Historia de Familia Biológica: (Circular)

(Lista Historia Familiar de Enfermedades Gastrointestinales, Pólipos Intestinales, Diabetes, Cáncer de la que sea.)

Padre: Vivo(a) / Fallecido(a) _____

Madre: Vivo(a) / Fallecido(a) _____

Abuelos: Vivo(a) / Fallecido(a) _____

Hermanos(as): Vivo(a) / Fallecido(a) _____

Hijos(as): Vivo(a) / Fallecido(a) _____

Alguna información que le pedimos puede parecer muy personal. Sin embargo, es necesario conocer esta historia, que podría afectar a su salud actual o futura. Agradecemos su colaboración y su comprensión.

Social History: (Circular) (Detalles adicionales)

| | | | |
|----|-----------------------------------|---------|--|
| 1 | ¿Fuma o Utiliza Tabaco sin humo?: | Si – No | Año empezaste: _____ Año usted dejó: _____ Circular cual: fumar / Rapé Tabaco (Snuff o Dip) / Masticar Tabaco (Chewing)/ Otro _____ Circular cuanto: Paquetes / Cigs. fumado por: día (/ semana / ocasionalmente |
| 2 | Estado civil: | ⇒⇒⇒ | Circular: Casado(a) / Soltero(a) / Viudo(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Conviviente |
| 3 | Actividad Homosexual: | Si – No | (¿Ha tenido relaciones sexuales con el mismo sexo alguna vez su vida?) |
| 4 | Múltiples Parejas Sexuales: | Si – No | (¿Tiene relaciones sexuales con más de una persona actualmente?) |
| 5 | ¿Agua que usted bebe?: | ⇒⇒⇒ | Circular: Agua de la Ciudad / Agua del Pozo / Agua Embotellada / Agua Filtrada |
| 6 | Drogas Ilícitas/ Recreativas: | Si – No | Año empezaste: _____ Año usted dejó: _____ Tipo: _____ Cuanto: _____ por cada: (circular): día (/ semana / ocasionalmente |
| 7 | ¿Cómo aprende mejor?: | ⇒⇒⇒ | Circular: Visual / Audio / Práctica Manual / Comprensivo (aprendo facilmente) |
| 8 | ¿Puede usted leer y escribir?: | ⇒⇒⇒ | Circular: Puedo leer / No puedo leer / Puedo escribir / No puedo escribir |
| 9 | Ocupación (profesión): | Si – No | Tipo de trabajo: _____ |
| 10 | Exposición Ocupacional: | Si – No | Tipo de exposición de alto riesgo: _____ |
| 11 | Consumo de Alcohol: | Si – No | Tipo: _____ Cantidad: _____ |
| 12 | ¿Tiene algún tatuaje?: | Si – No | El año(s) en que consiguió su tatuaje(s): _____ |
| 13 | ¿Usted bebe café?: | Si – No | Circular: Café / Té / Soda / Bebida o pastilla energética Cantidad: _____ |
| 14 | ¿Ha viajado fuera de los EE.UU.?: | Si – No | Paíse(s) y año(s): _____ |
| 15 | ¿Eres Claustrofóbico? | Si – No | ¿Normalmente tienes que ser sedado para resonancia magnética abierta? Yes / No |

POR FAVOR ASEGURE QUE SUS REGISTROS DE GASTROENTEROLOGIA Y LABORATORIOS RECIENTES SE HAN MANADADO POR FAX A NOSOTROS 706-548-0555.

This Box is for Office Use Only

Version:kp.SMcG.03.2013

Height: _____ **Weight:** _____ **BP:** _____ / _____ **HR:** _____ **Temp:** _____