

Rm#: \_\_\_\_\_  
EGD/Colonoscopy: \_\_\_\_\_  
Colonoscopy: \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE HISTORIA INICIAL DEL PACIENTE

Fecha de consulta de la oficina: \_\_\_\_\_ Fecha de formulario completado: \_\_\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Por favor escribe el nombre (s) de otros médicos que haya visitado en el último año:

• **Razón (s) para su visita a un gastroenterólogo (por favor, incluya la duración de sus síntomas si corresponde):**

• **¿Has comenzado algún medicamento nuevo (prescripción, sin receta, vitaminas, probióticos y suplementos) dentro de los 3 meses de la aparición de los síntomas?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor, escribe el nombre de los medicamentos (incluidos los antibióticos) que comenzó en los 3 meses antes de la aparición de los síntomas: \_\_\_\_\_

• **Para pacientes femeninos, ¿existe alguna correlación entre sus síntomas y su período menstrual (si corresponde)?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, describa brevemente: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas (por favor, de poner una marca de verificación ✓ junto a los síntomas que se aplican a usted):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas   | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito   | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea en cualquier parte del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Vómitos   | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho   | <input type="checkbox"/> Cambio repentino en la visión                  |
| <input type="checkbox"/> Sensación que la comida se atasca en la garganta o el pecho cuando come | <input type="checkbox"/> Heces delgadas en una base consistente   | <input type="checkbox"/> Otro síntoma: _____                            |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar   | <input type="checkbox"/> Tos  |   |
| <input type="checkbox"/> Sabor ácido o amargo en la garganta                                     | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina   | <input type="checkbox"/> Contagio de COVID-19 _____                     |
| <input type="checkbox"/> Despertar en medio de la noche con tos o falta de aliento               | <input type="checkbox"/> Sintiendo lleno poco después de comenzar de comer                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Laringitis (voz ronca)  | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal   |   |
| <input type="checkbox"/> Ardor en el pecho   | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal  |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor al tragar   | <input type="checkbox"/> Diarrea  |   |
| <input type="checkbox"/> Heces negro   | <input type="checkbox"/> Estreñimiento  |   |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso involuntaria  | <input type="checkbox"/> Falta de aliento   |   |
| <input type="checkbox"/> Fiebre y/o escalofríos  | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal  |   |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos   | <input type="checkbox"/> Dolor en el área rectal  |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza   | <input type="checkbox"/> Incontinencia de heces (es decir, pérdida de control de las evacuaciones intestinales) |   |
|  | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo   |   |

#### Para uso de oficina sólo

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Medical Clearance: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No Diabetic: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No Type I or II Insulin dependent: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

• **Sólo para pacientes femeninos:**

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

¿Estás o podrías estar embarazada en este momento?  Sí  No

Fecha de su último examen ginecológico: \_\_\_\_\_

La fecha del último mamograma: \_\_\_\_\_

Por favor, pon una marca de verificación junto a cualquiera de los siguientes síntomas que le puede aplicar:

Menstruación irregular  Sangrado vaginal entre periodos menstruales  
 Sangrado excesivo durante los periodos menstruales  Secreciones vaginales anormales

• **Enfermedades del corazón:**

Ataque cardíaco (s). En caso afirmativo, fecha (s): \_\_\_\_\_

Estenosis aórtica  Arritmia cardíaca  
 En caso afirmativo, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

Prolapso de la válvula mitral  Toma diluyentes de la sangre  
 En caso afirmativo, el nombre de la medicina: \_\_\_\_\_

Soplo cardíaco, En caso afirmativo, fecha (s): \_\_\_\_\_

• **Procedimientos cardíacos:**

Stents, En caso afirmativo, la fecha: \_\_\_\_\_

Angioplastia, En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_

Ablación cardíaca. En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_

Cirugía de bypass cardíaco En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_

Marcapasos o ICD. En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_

Cirugía/procedimiento de la válvula cardíaca. En caso afirmativo, la fecha: \_\_\_\_\_

• **Pruebas cardíacas:**

Test de estrés. En caso afirmativo, la fecha: \_\_\_\_\_

Ecocardiograma. En caso afirmativo, la fecha: \_\_\_\_\_

Holter monitor. En caso afirmativo, la fecha: \_\_\_\_\_

• **Pasado historial médico (por favor, pon una marca de verificación junto a los que se aplican a usted):**

Trastorno de coagulación sanguínea

Trastorno convulsivo  Herida a la cabeza

¿Trasplante de cualquier órgano? Por favor especificar: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, tipo: \_\_\_\_\_

Migraña

Sangrado excesivo durante procedimiento o cirugía.

Cálculos renales  Insuficiencia renal

¿Reemplazo de cadera o cualquier otro prótesis? Por favor especificar: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, nombre de procedimiento y fecha cuando se produjeron: \_\_\_\_\_

Infección con el organismo resistentes a los antibióticos? En caso afirmativo, por favor lista: \_\_\_\_\_

Angina  Insuficiencia cardíaca congestiva

Infección por VIH  Herpes

Problemas de columna  Cáncer  
 En caso afirmativo, escriba el tipo: \_\_\_\_\_

Anemia  Desmayos

Mononucleosis  Tuberculosis

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 ¿Cirugía? Tipo: \_\_\_\_\_  
 ¿Tratamiento? Tipo: \_\_\_\_\_

Fiebre reumática  Presión arterial alta

Psoriasis  Endometriosis

\_\_\_\_\_  
 (quimioterapia/radiación)  
 Fecha (s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

Colesterol elevado  Neumonía

Quiste de ovario  Lupus

MRSA

Asma  Enfisema

Transfusión de sangre En caso afirmativo, año: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Apnea del sueño  Enfermedad de tiroides;

Gota  Artritis

¿Tratado?  Sí  No

Sub activo  hiperactivo  Diabetes: Tipo \_\_\_\_\_

Leucemia o linfoma  Esquizofrenia

¿Localización de la infección? \_\_\_\_\_

Dependiente de insulina  Sí  No

Fibromialgia  Depresión

Infarto cerebral  Trastorno bipolar

¿Alguna vez te han hecho la prueba del virus del SIDA?  Sí  No

¿Ha recibido antibiótico profilaxis para procedimientos, incluyendo dental?  Sí  No

En caso afirmativo, describir:

\_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier otra condición médica no mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_

- **Historia de enfermedades gastrointestinales, digestivas y hepáticas** (ponga una marca a los que le aplican a usted)

<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Celiac Sprue
<input type="checkbox"/> Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori infección	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía de estómago	<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Cáncer de estómago	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, o <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> El esófago de Barrett	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido (ERGE)	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Acalasia
<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Eliminación del Apéndice	

Por favor describa cualquier otra enfermedad gastrointestinal, digestiva, hepática o cirugía no mencionada anteriormente: \_\_\_\_\_

- **Historia de procedimientos gastrointestinales y hepáticos/estudios radiológicos (por favor, dar fechas de cualquiera de los siguientes procedimientos/estudios que haya completado):**

Las tarjetas hemocultistas: \_\_\_\_\_ Endoscopia superior (EGD): \_\_\_\_\_  
Sigmoidoscopia flexible: \_\_\_\_\_ Enema de bario: \_\_\_\_\_  
Colonoscopia: \_\_\_\_\_ Biopsia de hígado: \_\_\_\_\_  
Tomografía: \_\_\_\_\_ MRI: \_\_\_\_\_  
Ultrasonido pélvico: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
PET Scan: \_\_\_\_\_  
Serie GI superior (radiografía después de consumir Barium): \_\_\_\_\_

- **Por favor liste las hospitalizaciones anteriores:**

<u>Razón de la hospitalización</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- **Por favor liste cirugías anteriores (no enumerada en la lista):**

<u>Describe la cirugía</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- **Por favor, proporcione su consentimiento para que su lista de medicamentos sean importados:**  Sí  No

- **¿Eres alérgico a algún medicamento?**

En caso afirmativo, por favor enumere: \_\_\_\_\_

- **¿Tienes alguna otra alergia?**  Sí  No

En caso afirmativo, por favor liste: \_\_\_\_\_



- **La historia clínica general de su familia:**

	<u>Edad</u>	<u>Problemas médicos</u>	<u>¿Fallecido?</u>	<u>En caso afirmativo, ¿causa?</u>
<b>Madre</b>	_____	_____	_____	_____
<b>Padre</b>	_____	_____	_____	_____
<b>Hermano/hermana</b>	_____	_____	_____	_____
<b>(especificar)</b>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<b>Niños</b>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<b>Otros (tía/tío, Abuelos)</b>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

- **Historia dietética**

Por favor describa los alimentos que normalmente tiene para las siguientes comidas:

	<u>Comida</u>	<u>Bebida</u>
Desayuno	_____	_____
Almuerzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Aperitivos	_____	_____

- **¿Tienes intolerancia a la leche u otra intolerancia a los alimentos?**

En caso afirmativo, describir: \_\_\_\_\_

- **¿Hay síntomas que se produce durante o poco después de las comidas?**

En caso afirmativo, describir: \_\_\_\_\_

- **¿Masticas chicle o consumes otros productos que contengan azúcar de forma regular?**

En caso afirmativo, por favor describa lo que consume y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_