



Digestive Diseases CENTER

Nombre: _____ Fecha _____ Edad _____

Chart # _____ Médico primario: _____

Médico especialista _____

¿Cuál es el síntoma principal que lo trae a consulta?: _____

Describe sus síntomas: _____

¿Por cuánto tiempo ha estado experimentando estos síntomas?:

Severidad de sus síntomas: **ligero** **moderado** **severo**

- Frecuencia de los síntomas (ejemplo: diario, semanal, etc) _____

Hay algo que alivie sus síntomas: _____

- Algo lo empeora: _____

¿Cuál es su **farmacia**?: _____ Localización: _____

Se ha puesto alguna de estas vacunas en el pasado año

Pneumonia sí no Flu sí no COVID sí no

Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades

Asma	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Hyperplasia prostática	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirrosis	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Embolismo pulmonar	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Infarto cerebral	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Apnea de sueño	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Ataque transitorio isquémico	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad/Depresión	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Párkinson	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Inflamación intestinal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Infarto del Corazón	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia/ convulsiones	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Atritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Colitis Ulcerativa	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad renal crónica/ diálisis	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Endometriosis	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Cálculus renales	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del tiroides	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Ovario poliquístico	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No

Cáncer: yes no Tipo: _____

Otros problemas médicos: _____

Ha tenido alguna de estas **cirugías o procedimientos**

Cirugía de apéndice	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de hemorroides	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de rodillas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
---------------------	---	------------------------	---	---------------------	---

Cirugía de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de intestino delgado	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Cesárea	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de tiroides	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Desfibrilador	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Histerectomía	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de amígdalas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Marcapaso	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Ovarios removidos	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de hernia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Bypass de corazón	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de hernia hiatal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de stent del corazón	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Colonoscopia/Endoscopia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía próstata	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de válvulas del corazón	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Fractura o reparación de cadera	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de columna lumbar o cervical	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Bypass gástrico	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No

Otros tipos de cirugía: _____

Historia familiar: alguien en su familia ha sufrido de

<u>Enfermedad</u>	<u>Relación familiar</u>
Cáncer de colon	
Pólipos en el colon	
Cáncer de estomago	
Enfermedad de Crohn/ colitis ulcerativa	
Enfermedad celíaca	
Cáncer de ovario	
Cáncer de útero	
Cáncer de páncreas	

¿Fuma cigarrillos actualmente? **Sí** **No** Si sí, ¿cuántos años lleva fumando? _____

¿Cuántos paquetes por día? _____

Si solía fumar y lo dejó, ¿hace cuantos años lo dejó? _____

¿Fuma tabaco? **Sí** **No** Vaporizador? **Sí** **No** Marijuana? **Sí** **No**

¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe por semana? _____

¿Ha usado alguna vez drogas intravenosas de manera recreacional? **Yes** **No**

Estado civil Casado(a) Soltero (a) Vuido(a) Divorciado(a)

Cuál es su ocupación: _____

Medicamentos actuales (medicamentos recetados, suplementos y vitaminas)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a medicamentos

Nurses Only HT: _____ WT: _____ BP: _____