



Asociados en Gastroenterología

Milan S. Chakrabarty, Doctor Médico  
Gastroenterología General

Indraneel Chakrabarty, Doctor  
Médico, M.A. Gastroenterología  
Avanzado e Intervencionista

Sandra Del Valle, PA-C  
Auxiliar Medico de Gastroenterología

Kathleen Linke, PA-C  
Auxiliar Medico de Gastroenterología

Fax de la Oficina: (951) 658-6476 · Horas de Oficina: 9 a.m. to 5 p.m, M - F

**Dos Ubicaciones:**

**HEMET**

1003 E. Florida Avenue · Suite 101 · Hemet, CA 92543 · (951) 652-2252

**TEMECULA**

44274 George Cushman Ct. · Suite 208 · Temecula, CA 92592 · (951) 383-6001  
(Con Cita)

## Formulario de entrevista para pacientes de GI Excellence, Inc.

### Información del paciente

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Raza**

- Blanco
- Negro o Africano Americano
- Asiático
- Hispano o Latino
- Indígena Americana o Indígena de Alaska
- Hawaiano o de otras islas del pacifico
- Mezclado
- Otro
- No se sabe
- El paciente no desea compartir estos datos
- Prohibido por ley del estado

**Etnicidad**

- Hispano o Latino
- No Hispano ni Latino
- El paciente no desea compartir estos datos
- Prohibido por ley del estado

**Idioma Preferida**

- Ingles
- Español
- Otro: \_\_\_\_\_

### Alergias

- El paciente no tiene alergias conocidas
- El paciente no tiene alergias a cualquier droga conocida
- Aspirina, AINE
- Codeína
- Penicilinas
- Yodo
- Sulfa
- Latex
- Versed
- Fentanyl
- Propofol
- Otro: \_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales

Ninguno

| Nombre | Dosis | ¿Cómo fue tomado? |
|--------|-------|-------------------|
|        |       |                   |
|        |       |                   |
|        |       |                   |

Ninguno

- Hep B
  - Vacuna contra la gripe
  - DTaP
  - Pneumovax
- Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

### Estudios de diagnóstico / Pruebas

- Ninguno
  - Endoscopia
  - Colonoscopia
  - CT Abdomen
  - CT Pelvis
  - Abdominal U/S
  - Ultrasonido Endoscópico
  - Abdominal MRI/MRCP
  - Otro: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
- Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

## Condiciones Médicas Pasados o Presentes

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna   | <input type="checkbox"/> Fibrilación Atrial    | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus   | <input type="checkbox"/> Diverticulitis                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de arteria coronaria |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Ulceras sangrantes    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Cirrosis                          | <input type="checkbox"/> Colitis                         |
| <input type="checkbox"/> Barrets Esófago                                     | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon      | <input type="checkbox"/> CVA                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Trombosis de Vena profunda      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon                                     | <input type="checkbox"/> Gastritis             | <input type="checkbox"/> GERD                | <input type="checkbox"/> H. pilóricas                      | <input type="checkbox"/> Hemorroides                     |
| <input type="checkbox"/> Cálculos biliares                                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B           | <input type="checkbox"/> Hepatitis C         | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal                     | <input type="checkbox"/> alta presión de sangre          |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Deficiencia de hierro | <input type="checkbox"/> Infarto miocardial  | <input type="checkbox"/> enfermedad de Úlcera péptica      | <input type="checkbox"/> Pulmonar embolus                |
| <input type="checkbox"/> síntomas del síndrome del intestino irritable (IBS) | <input type="checkbox"/> S/P Sangre GI         | <input type="checkbox"/> S/P Estents x3      | <input type="checkbox"/> TIA                               |  |
| <input type="checkbox"/> S/p Gástrico Bypass                                 |  |  |  |  |

## Procedimientos Previos

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                      | <input type="checkbox"/> Apendectomía               | <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga  | <input type="checkbox"/> Cirugía de derivación        | <input type="checkbox"/> Sección cesárea       |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula aortica | <input type="checkbox"/> Remover pólipo de colon    | <input type="checkbox"/> Resección de colon | <input type="checkbox"/> Extirpado la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Banda gástrica        |
| <input type="checkbox"/> Estents coronarios           | <input type="checkbox"/> Hemicolectomía             | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía   | <input type="checkbox"/> Histerectomía                | <input type="checkbox"/> Herniorrafia inguinal |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de "bypass" gástrico | <input type="checkbox"/> Marcapasos para el corazón |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado            |   |   |   |  |

## Historia Social

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Soltero     Casado     Divorciado     Separado     Enviudado

Unión Civil

### Alcohol

Ninguno

| Tipo                             | Cantidad       | Frecuencia       |
|----------------------------------|----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Vino    | Copas          | Veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Cerveza | Latas/botellas | Veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Licor   | Copitas        | Veces por semana |

**Tabaco**

Estatus de Fumar

Fumador Cotidiano Actual

Fumador pasajero cotidiano

Ex fumador

Nunca ha fumado

Fumador, no se sabe el estatus actual

-No se sabe si ha fumado anteriormente

**Uso de Drogas** Ninguno Tipo

Cantidad

Frecuencia

**Revisión de Sistemas**

|   |                          |  |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <b>Alérgico/ Inmunológico</b><br><input type="checkbox"/> Ninguno | Si No                    | <b>Tracto Gastrointestinal</b><br><input type="checkbox"/> Ninguno | Si No                    | <b>Sistema Musculoesquelética</b><br><input type="checkbox"/> None | Si No                    |
| <b>Exposición al VIH</b>  | <input type="checkbox"/> | dolor abdominal  | <input type="checkbox"/> | artritis   | <input type="checkbox"/> |
| <b>infecciones persistentes</b>                                   | <input type="checkbox"/> | hinchazón abdominal  | <input type="checkbox"/> | dolor de espalda   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Reacciones alérgicas fuertes o urticaria</b>                   | <input type="checkbox"/> | cambio en los hábitos intestinales                                 | <input type="checkbox"/> | gota   | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | estreñimiento  | <input type="checkbox"/> | deformidad articular   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Cardiovascular</b>   | Si No                    | diarrea  | <input type="checkbox"/> | dolor en las articulaciones  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                  |                          | gas  | <input type="checkbox"/> | debilidad muscular   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Dolor de pecho</b>   | <input type="checkbox"/> | acidez   | <input type="checkbox"/> | rigidez  | <input type="checkbox"/> |
| <b>falta de aliento</b>   | <input type="checkbox"/> | ictericia  | <input type="checkbox"/> | <b>Sistema Neurológico</b>   | Si No                    |
| <b>latido del corazón irregular</b>                               | <input type="checkbox"/> | vomitir  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> None                                      |                          |
| <b>ortopnea</b>   | <input type="checkbox"/> | náusea   | <input type="checkbox"/> | mareo  | <input type="checkbox"/> |
| <b>palpitaciones</b>  | <input type="checkbox"/> | sangrado rectal  | <input type="checkbox"/> | desmayo  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Edema periférico</b>   | <input type="checkbox"/> | calambres en el estómago   | <input type="checkbox"/> | dolores de cabeza frecuentes                                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>desmayos o mareos</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>Sistema Genitourinario</b>                                      | Si No                    | migraña  | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | <input type="checkbox"/> Ninguno                                   |                          | entumecimiento u hormigueo   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Síntomas Generalizados</b>                                     | Si No                    | orina oscura   | <input type="checkbox"/> | convulsiones   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                  |                          | disminución del flujo de orina                                     | <input type="checkbox"/> | temblores  | <input type="checkbox"/> |
| <b>fatiga</b>   | <input type="checkbox"/> | disuria  | <input type="checkbox"/> | vértigo  | <input type="checkbox"/> |
| <b>fiebre</b>   | <input type="checkbox"/> | infecciones urinarias frecuentes                                   | <input type="checkbox"/> | <b>Sistema Psiquiátrica</b>  | Si No                    |
| <b>pérdida de apetito</b>   | <input type="checkbox"/> | micción frecuente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ninguno                                   |                          |
| <b>malestar</b>   | <input type="checkbox"/> | hematuria  | <input type="checkbox"/> | ansiedad   | <input type="checkbox"/> |
| <b>sudores</b>  | <input type="checkbox"/> | impotencia   | <input type="checkbox"/> | depresión  | <input type="checkbox"/> |
| <b>aumento de peso</b>  | <input type="checkbox"/> | nocturia   | <input type="checkbox"/> | dificultad para dormir   | <input type="checkbox"/> |
| <b>pérdida de peso</b>  | <input type="checkbox"/> | secreción uretral o incontinencia                                  | <input type="checkbox"/> | alucinaciones  | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | <b>Sistema Hematológico y Linfático</b>                            | Si No                    | nerviosismo  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Oídos, Nariz, Boca, Lengua</b>                                 | Si No                    | <input type="checkbox"/> Ninguno                                   |                          | ataques de pánico  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                  |                          | sangrado de las encías o linfa palpable                            | <input type="checkbox"/> | paranoia   | <input type="checkbox"/> |
| <b>dificultad para tragar</b>                                     | <input type="checkbox"/> | nodos  | <input type="checkbox"/> | <b>Sistema Respiratoria</b>  | Si No                    |
| <b>mareo</b>  | <input type="checkbox"/> | moretones con facilidad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ninguno                                   |                          |
| <b>visión doble</b>   | <input type="checkbox"/> | sangrado prolongado  | <input type="checkbox"/> | asma   | <input type="checkbox"/> |
| <b>dolor de oído</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>Sistema Integumentario</b>                                      | Si No                    | tos  | <input type="checkbox"/> |
| <b>pérdida de visión</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ninguno                                   |                          | disnea   | <input type="checkbox"/> |
| <b>obstrucción nasal</b>  | <input type="checkbox"/> | alergias   | <input type="checkbox"/> | esputo excesivo  | <input type="checkbox"/> |
| <b>hemorragias nasales</b>  | <input type="checkbox"/> | sequedad   | <input type="checkbox"/> | hemoptisis   | <input type="checkbox"/> |
| <b>fotofobia</b>  | <input type="checkbox"/> | urticaria  | <input type="checkbox"/> | dificultad para respirar con el ejercicio,                         | <input type="checkbox"/> |
| <b>dolor de garganta</b>  | <input type="checkbox"/> | comezón  | <input type="checkbox"/> | sibilancias  | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | ictericia  | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| <b>Sistema Endocrino</b>  | Si No                    | lesiones   | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                  |                          | erupciones   | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| <b>Sed Fuerte</b>   | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |                          |
| <b>Perdida de Cabello</b>   | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |                          |
| <b>Intolerancia al calor</b>                                      | <input type="checkbox"/> |  |                          |  |                          |
|   | Si No                    |  | Si No                    |  | Si No                    |

**Farmacia**

Nombre: