



MILAN S CHAKRABARTY, M.D.
SANDRA DEL VALLE, PA-C

TAHIR QASEEM, MD. F.A.C.P., F.A.C.G.
CHRISTINA BARONOV, NP-C

SHALA BATTLE, NP-C

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 pacífico 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
Quando: _____	Quando: _____	Quando: _____	Quando: _____

Estudios de diagnóstico / Pruebas

Ninguno

Endoscopia	Colonoscopia	CT Abdomen	CT Pelvis	Abdominal U/S
Quando: _____	Quando: _____	Quando: _____	Quando: _____	Quando: _____
Ultrasonido Endoscópico	Abdominal MRI/MRCP	Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____
Quando: _____	Quando: _____			

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

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

Farmacia

Nombre: