



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

## GI EXCELENCIA FORMULARIO DE PREGUNTA DE GERD

Si usted tiene acidez estomacal o GERD o si toma medicamentos para estas condiciones, favor de completar este formulario de 10 preguntas sobre la calidad de vida relacionada con GERD.

### Escala:

- 0= Ningun Síntoma
- 1= Síntomas notables, pero no molestos
- 2= Síntomas notables y molestos, pero no todos los días
- 3= Síntomas molestos todos los días
- 4= Los síntomas afectan las actividades diarias
- 5= Los síntomas son incapacitantes, sin poder hacer actividades diarias

### Preguntas:( circule uno)

1. Qué tan malo es su acidez estomacal?	0	1	2	3	4	5
2. Acidez estomacal al acostarse?	0	1	2	3	4	5
3. Acidez estomacal al estar parado?	0	1	2	3	4	5
4. Acidez estomacal después de comer	0	1	2	3	4	5
5. La acidez estomacal cambia su dieta?	0	1	2	3	4	5
6. La acidez estomacal te despierta de tu sueño?	0	1	2	3	4	5
7. Tiene dificultad para tragar?	0	1	2	3	4	5
8. Tiene dolor al tragar?	0	1	2	3	4	5
9. Tiene inchazón estomacal o gases?	0	1	2	3	4	5
10. Si usted toma medicamentos, esto afecta su vida diaria?	0	1	2	3	4	5

Qué tan satisfecho estás con tu condición actual?    Satisfecho    Neutral    Insatisfecho

Toma actualmente alguna medicamento para la acidez estomacal o GERD?    Si    No

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

numero de telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Como le gustaría dar seguimiento? (circule uno )

-Lamada por telefono-      -Email con información-      - Programar una cita-