



Entrevista del Forma

Información al Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____
MRN: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ Notas: _____

Casta

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Blanco / Caucásico | <input type="radio"/> Negros o Afroamericanos | <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Hispanos o Latinos | <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska |
| <input type="radio"/> Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico | <input type="radio"/> Mixto | <input type="radio"/> Otras | <input type="radio"/> Desconocido | <input type="radio"/> Paciente se niega a proporcionar información |

Raza

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Hispanos o Latinos | <input type="radio"/> No Hispanos o Latinos | <input type="radio"/> Paciente se niega a proporcionar información |
|--|---|--|

Genero

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Otras |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|

Idioma Preferido

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inglés | <input type="radio"/> Español | <input type="radio"/> Otras: _____ |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|

Póngase en Contacto Con Preferencia

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Carta | <input type="radio"/> Teléfono Móvil | <input type="radio"/> Teléfono de la Casa | <input type="radio"/> Otras: _____ |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|

Alergias

- | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias conocidas | <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias a medicamentos conocidas | | | |
| <input type="radio"/> Codina Sulfato | <input type="radio"/> Penicillins | <input type="radio"/> Solfa (Antibióticos de Sulfonamida) | <input type="radio"/> Otra _____ | <input type="radio"/> Anestesia |

Medicamentos Actuales

- Ninguno

Nombre del Fármaco	Dosis	Cómo tomar?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Vacunas

- Ninguno
- Hep A, adulto Hep B, adulto

Diagnostico Exstudios - Pruebas

- Ninguno

Condiciones Medicas Pasadas o Presentes

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Cirrosis | <input type="radio"/> Colitis | <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Pólipos el Colon |
| <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn | <input type="radio"/> Úlcera Duodenal | <input type="radio"/> Pancreatitis | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Diverticulitis | <input type="radio"/> Divertículos |
| <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Hígado Graso | <input type="radio"/> Los cálculos biliares | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Hepatitis B |
| <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Hernia Hiatal | <input type="radio"/> Úlcera de Estómago | <input type="radio"/> IBS | <input type="radio"/> Intolerancia de Lactosa | <input type="radio"/> Piedras en los riñones |
| <input type="radio"/> Dolor de Espalda (crónico) | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Colitis Ulcerosa | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Fibrilación Auricular |
| <input type="radio"/> Ataque del Corazón | <input type="radio"/> Migrañas | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Carrera | <input type="radio"/> La Enfermedad Pulmonar Crónica | <input type="radio"/> La Insuficiencia Cardíaca Conges |
| <input type="radio"/> La Historia de Intento de Suicidio | <input type="radio"/> Fiebre Reumática | <input type="radio"/> Soplos del Corazón | <input type="radio"/> Hipotensión | <input type="radio"/> High Colesterol | <input type="radio"/> Gota |
| <input type="radio"/> Migañas | <input type="radio"/> Trastorno de la Tiroides | <input type="radio"/> Latidos Irregulares del Corazón | <input type="radio"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal | <input type="radio"/> High Triglicéridos |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumática | | <input type="radio"/> Osteoartritis | <input type="radio"/> Parálisis | <input type="radio"/> Parkinsons | <input type="radio"/> TB exposición |
| <input type="radio"/> Artritis Reumatoide | | <input type="radio"/> Artritis Reumatoide | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Cáncer Uterina | <input type="radio"/> Neumonía |
| | | | <input type="radio"/> Otras _____ | | <input type="radio"/> Apnea del Sueño |

Procedimientos Anteriores

- | | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Colonoscopia | <input type="radio"/> EGD | <input type="radio"/> La Adenoidectomia | <input type="radio"/> Sección C | <input type="radio"/> Cirugía Cardiaca |
| <input type="radio"/> Extirpado la Vesícula Biliar | <input type="radio"/> Amigdalotomía | <input type="radio"/> Histerectomía | <input type="radio"/> Articulación Cirugía | <input type="radio"/> Prostatectomia | <input type="radio"/> Tiroidectomía |
| <input type="radio"/> Aumento de Senos | <input type="radio"/> Biopsia Hepática | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Nefrectomía | <input type="radio"/> Bypass Gástrico | <input type="radio"/> Banda Gástrica |
| | | <input type="radio"/> Hemorroidectomia | <input type="radio"/> Arteria Coronaria Cirugía de Bypass | | |



Historia Social

Ocupación: _____ Número de Niños: _____

Estado Civil

Solo Casado Divorciado Apartado Viudo

Alcohol

Ninguno

Tipo	Cantidad	Número	Frecuencia

Tabaco

Fumar Estado Cada día Fumador Actual Cierta día Fumador Actual Ex Fumador Nunca Fumador

Fumador Desconocen Su Estado Actual No se Sabe si ha Fumado Alguna Vez

El Uso de Drogas

Ninguno

Tipo	Cantidad	Número	Frecuencia
<input type="radio"/> Narcóticos			
<input type="radio"/> Otras			

Ejercer

Ninguno

Camino Corro Yo Bicicleta Yo Golf Tenis

Levantar Pesas Nado Hago Ejercicios Aeróbicos



Historial Médico Familiar

No se Requieren Conocimientos de Historia Familiar

Sin Antecedentes Familiares de

Cáncer de Colon

Los Pólipos

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Abuela	Abuelo	Otras	Desconocido
Diagnóstico										
Cáncer de Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los Pólipos de Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis Ulcerosa, no especificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer, especificar _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Cáncer de Esófago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Función de la Vesícula Biliar Deteriorada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Hepática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades del Páncreas / Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlcera de Enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome del Intestino Irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revisión de los Sistemas de

Inmunológica - alérgica			Gastrointestinal			Integumentario		
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Exposición al VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hinchazón abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
las infecciones persistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cambio en los hábitos intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sequedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
una fuerte reacción alérgica o urticaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	urticaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	picação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiovascular			gas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	acidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erupciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
disnea con el ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	náusea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Latido del corazón irregular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sangrado rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Musculo esquelético		
ortopnea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	calambres en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No



Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.
Manuel F. Bustamante, M.D.
William Gonzalez, PA-C
Karina Hooper, PA-C

palpitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema periférico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sincope	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dispepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constitucional			dolor abdominal superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	deformidad de la articulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	dolor abdominal inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor en las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor en el recto anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	eructos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	rigidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heces negras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurológico		
pérdida de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hinchazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	intolerancia láctea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sudores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hemorroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	desmayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
el aumento de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	moco en las heces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la pérdida de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor con la defecación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENMT			urgencia rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	entumecimiento u hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	reflujo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	suciedad incontinencia fecal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	temblores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pérdida de peso inferior a 10 libras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vértigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dolor de oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pérdida de peso de 10 libras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pérdida de la memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
obstrucción nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aumento de peso menor de 10 libra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psiquiátrico		
hemorragias nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aumento de peso más de 10 libras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Genitourinario			ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pérdida de la audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endocrino			orina oscura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dificultad para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	disminución del flujo de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	alucinaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sed excesiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	disuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la pérdida de cabello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	frecuentes infecciones urinarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ataques de pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
intolerancia al calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	micción frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	paranoia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojos			hematuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reparadora		
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	impotencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
visión doble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nocturia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pérdida de la visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	secreción uretral o incontinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	disnea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fotofobia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hematológica/Linfático			esputo excesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	tos con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sangrado de las encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	falta de aliento con el ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			nodos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sibilancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			moretones con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			sangrado prolongado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

FARMACIA _____

Nombre: _____