



R. Sameer Islam, M.D., Board Certified Gastroenterology • Renee Hernandez, APRN-FNP-C • Elena Sheets, APRN-FNP-C

4505 82nd Street, Suite 5 • Lubbock, TX 79424 • Office (806) 696-4440 • Fax (806) 696-4441 • LubbockGastro.com

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: número de \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Casado número de niños divorciados solteros: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/ MPOA: \_\_\_\_\_

Phone Número: \_\_\_\_\_

**Alergias/Reacción: (Por favor, lista) NO Medicamentos Alergias: Látex: Sí No Metal: Sí No Contraste Tinte: Sí No**


**Medicamentos/Fuerza/Con qué frecuencia: NO Medicamentos caseros:**


**Círculo de los que aplican y Explicar:**

- |                   |                              |                 |               |                       |
|-------------------|------------------------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| Dolor abdominal   | Regurgitación                | Diarrea         | Estreñimiento | Cambios en el apetito |
| Acidez            | Vómitos de náuseas           | Pérdida de peso | Fiebre        | Ictericia             |
| Cálculos biliares | Dificultad para tragar/dolor | Anemia          | Hinchazón     | Pólipos               |

Explicar: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

<u>¿Diarrea?</u>	Agua	_	Bloody	Pus	Mucous
------------------	------	---	--------	-----	--------

¿Alguna vez te has hecho una colonoscopia?      Sí      No      En caso afirmativo, cuándo y dónde: \_\_\_\_\_

¿Tienes antecedentes de pólipos en el colon?      Sí      No      En caso afirmativo, ¿Cuántos: \_\_\_\_\_

¿Historia familiar del cáncer de colon?      Sí      No      En caso afirmativo, Who: \_\_\_\_\_

¿Tienes hemorroides? Sí No Si es así, ¿te molestan ahora? Sí No  
 ¿Tienes reflujo ácido? Sí No En caso afirmativo, ¿está controlado por Meds? Sí No

¿Alguna vez te diagnosticaron Hepatitis? Sí No Si Sí, qué tipo:

¿Bebes alcohol o cerveza?	Sí	No	Pasado	En caso afirmativo, ¿de qué tipo? Other _____ de vino de cerveza	¿Con qué frecuencia? _____
¿Usas tabaco?	Sí	No	Pasado	En caso afirmativo, ¿de qué tipo? Cigarrillos Vape Chew Pack(s) Por Day _____	¿Cuántos years _____
¿Usas drogas recreativas?	Sí	No	Pasado	En caso afirmativo/pasado, ¿qué tipo? _____	Ultimo Uso: _____
¿Usas drogas intravenosas?	Sí	No	Pasado	En caso afirmativo/pasado ¿Qué tipo? _____	Ultimo Uso: _____

Si surgiera la necesidad, por ejemplo un perro enojado te perseguía, ¿serías capaz de huir? Sí No Por qué? \_\_\_\_\_

¿Te cansas fácilmente?	Sí	No	¿Utilizas dispositivos de asistencia ambulatoria? NO Cane Walker Silla de Ruedas/Scooter						
¿Eres capaz de caminar 2 cuadras?	Sí	No	¿Subir un tramo de escaleras?	Sí	No	¿Correr una distancia corta?	Sí	No	
¿Estás físicamente activo?	Sí	No	¿Pérdida de peso reciente?	Sí	No	¿Te falta la respiración fácilmente?	Sí	No	
¿Necesitas ayuda para vestirte?	Sí	No	¿Alguna caída reciente?	Sí	No	¿Tiene dolor en el pecho con la actividad?	Sí	No	

¿Usas: Gafas Contactos Audífonos Idioma primario hablado: Español Español Otro: \_\_\_\_\_

Marque todas las condiciones preexistentes que se aplican a USTED: (círculo si corresponde)

<b>Ojos</b>	<b>Gastrointestinal</b>	<b>Neurológicos</b>	<b>Inmunológicas</b>
Catarata	C-diff	Dolores de cabeza frecuentes	SIDA/VIH
Glaucoma	Sangrado GI	Migrañas	Immunosupresión
Degeneración macular	Acidez estomacal/ GERD	Esclerosis múltiple	Fiebre reumática
Ojos Amarillos	Hepatitis A B C	Convulsiones	Fiebre tifoidea
<b>Cardiovascular</b>	Intestino irritable/ IBS	Fecha de la última seizure _____	Other _____
Aneurisma	Cirrosis por enfermedad hepática	Golpe	<b>Oncológicas</b>
Dolor en el pecho	Enfermedad de la úlcera	Tia	Cáncer de mama
CHF (Insuficiencia cardíaca)	Other _____	Guillen Barre	Cáncer de colon/rectal
Ataque al corazón	<b>Genitourinarias</b>	Miastenia Gravis	Leucemia
enfermedad cardíaca	¿Diálisis de Enfermedad Renal?	<b>Psiquiátrico</b>	Cáncer de pulmón/bronquial
Presión arterial alta	Piedra de riñón	Adicciones	Linfoma
Colesterol alto	Infección de transmisión sexual	Ansiedad	Cáncer de próstata
Latidos irregulares (SVT, A-fib)	Infección del tracto urinario	Depresión	Cáncer urinario/de vejiga
Válvula Mitral	Ultima period _____ menstrua	Cambios de humor / Bipolar	Other _____
Marcapasos/Desfibrilador	control de natalidad	Ataques de pánico	<b>Sanación de heridas</b>
Enfermedad Vascul Periférica	Other _____	Psicosis/ Esquizofrenia	MRSA/ ORSA/ VRE
Phlebitis/Clots de Sangre	<b>Musculoesqueléticos</b>	ptsd	Organism _____ resistente
Cirugía cardíaca / Stents	Artritis	<b>Hematológicas</b>	Lento para sanar
Raynaud's	Lesión de espalda	Anemia	Other _____
Otro: _____	Dolor de espalda	Sangrado/Trastorno de coagulaci	<b>Dispositivos médicos implantado</b>
<b>Respiratoria</b>	Fibromialgia	Tvp	Marcapasos
Inhalador de uso de asma Sí No	Osteoporosis	Anemia de células falciformes	AICD (Desfibrilador)

Inhalador de uso de EPOC Sí No Other \_\_\_\_\_ Transfusión de sangre Sí No Otro: \_\_\_\_\_  
 Fibrosis quística **Endocrino/ Metabólico** Other \_\_\_\_\_  
 Bronquitis frecuente Diabetes: tipo 1 o 2  
 Neumonía Enfermedad tiroidea **Cualquier otra condición médica:** \_\_\_\_\_  
 Tuberculosis Intolerancia al calor/frío \_\_\_\_\_  
 Oxígeno: Todos los días por la noc Otro \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar (circule cualquiera que corresponda):**

Anemia Crohns Colitis ulcerosa Enfermedad celíaca Cáncer de colon Pancreatitis Ulcers Enfermedad hepática  
 Hipertensión Enfermedad del Corazón Accidente Cerebrovascular Diabetes Asma Enfermedad Renal Tuberculosis Epilepsia  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Usas una máquina CPAP en casa? Sí No si no, complete lo siguiente

¿Te han dicho (o te has dado cuenta) que roncas por la noche?	Sí	No	Seguro
¿Le han dicho (o se nota) que deja de respirar o tiene dificultad para respirar?	Sí	No	Seguro
¿Estás cansado, cansado o somnoliento la mayoría de los días?	Sí	No	Seguro
¿Tiene ingestión de ácido o presión arterial alta?	Sí	No	Seguro
¿Tienes sobrepeso?	Sí	No	Seguro

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: (círculo si corresponde o escriba)**

Apendicectomía Tonsillectomía Histerectomía Ligación Tubal C-Sección Gallbladder Heart Bypass Colon Resection

Otra cirugía: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Algún procedimiento quirúrgico que afecte sus vías respiratorias?  
 \_\_\_\_\_

¿Alguna vez alguien te ha dicho que eras difícil de intubar (colocar un tubo de respiración para la cirugía)? **Sí No**  
 ¿Usted o su familia han tenido problemas con la anestesia? **Sí No** En caso afirmativo, qué: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que necesitemos saber para cuidarte mejor? \_\_\_\_\_