

Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Fecha de hoy: ____/____/____ Edad: _____ Casado/Soltero/Divorciado/Separado/Viudo (marque con un círculo)

Raza _____ Sexo: Masculino/Femenino (marque con un círculo)

Describa brevemente la razón de su visita: _____

Médico de cabecera: _____ Médico que pide el examen: _____

¿Actualmente toma alguno de los siguientes medicamentos de venta sin receta? (marque con un círculo)

Productos con aspirina:	Sí/No	Si responde sí, por favor descríballo: _____
Medicamentos para la artritis:	Sí/No	“ “ “ “ “ _____
Laxantes/enemas:	Sí/No	“ “ “ “ “ _____
Productos con fibras:	Sí/No	“ “ “ “ “ _____
Antiácidos/medicamentos para las úlceras:	Sí/No	“ “ “ “ “ _____

Enumere el resto de los medicamentos/suplementos vitamínicos que toma. Por favor, también anote la dosis y la frecuencia:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
9)		
10)		
11)		
12)		
13)		
14)		
15)		
16)		

Por favor, enumere los medicamentos/elementos (p. ej.: penicilina, látex) a los que es alérgico:

Medicamento/elemento	Reacción que causa

¿Qué farmacia utiliza? (Incluya la ubicación y el número de teléfono, si los sabe) _____

Antecedentes médicos (Si responde que sí a las siguientes preguntas, por favor describa):

Enfermedad pulmonar:	Sí/ No	_____
Cáncer (¿cuándo/dónde?):	Sí/ No	_____
Radioterapia/Quimioterapia:	Sí/ No	_____
Enfermedad cardíaca:	Sí/ No	_____

Diabetes	Sí/No	Presión arterial alta	Sí/No	Dolor de pecho	Sí/No
Artritis	Sí/No	Fiebre reumática/Cardiopatía reumática	Sí/No	Pólipos en el colon	Sí/No
Anemia	Sí/No	Trastorno vesicular	Sí/No	Úlcera en el estómago	Sí/No
Epilepsia	Sí/No	Dificultad para tragar	Sí/No	Enfermedad del hígado	Sí/No

Antecedentes de enfermedad psiquiátrica:	Sí/ No	Antecedentes de trastornos de la coagulación/sangrado:	Sí/No
Antecedentes de tuberculosis:	Sí/ No	Antecedentes de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):	Sí/No
Antecedentes de hepatitis:	Sí/ No	Alguna dificultad previa con la sedación o la anestesia:	Sí/No

Cirugías previas (incluya las fechas, si las sabe): _____

Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Antecedentes familiares:	Padre	Madre	Abuelos paternos	Abuelos maternos	Hermanos	Hijos
Cáncer de colon						
Pólipos en el colon						
Cáncer de estómago						
Cáncer de páncreas						
Enfermedad de Crohn o Colitis						
Úlcera en el estómago						
Enfermedad cardiaca						
Accidente cerebrovascular						
Diabetes						
Enfermedad por acumulación de hierro (Hemocromatosis)						

OTRAS: _____

Consumo de tabaco (Describa uso actual y pasado): (Ejemplo: 1 paquete al día durante 25 años, pero abandoné hace 3 años): _____

Consumo de alcohol Sí/No (¿Cantidad/qué tan seguido?) _____

Café/Té/Bebidas gaseosas Sí/No (¿Cantidad/qué tan seguido?) _____

Empleo/pasatiempos: _____

Anamnesis por aparatos (sus antecedentes)

¿Cambio en los hábitos intestinales? Sí/No Comentarios: _____

¿Diarrea? Sí/No _____

¿Estreñimiento? Sí/No _____

¿Sangre roja en sus heces? Sí/No _____

¿Heces negras (como alquitrán)? Sí/No _____

¿Dolor antes o después de evacuar las heces? Sí/No _____

¿Hinchazón/distensión? Sí/No _____

¿Acidez estomacal/indigestión frecuentes? Sí/No _____

¿Náuseas o vómitos frecuentes? Sí/No _____

¿Pérdida de peso reciente? Sí/No _____

¿Aumento de peso reciente? Sí/No _____

¿Ronca fuerte/no duerme bien? Sí/No _____

¿Apetito? Bueno/poco/nada _____

¿Alguna vez se le realizó alguno de estos procedimientos?	Sí/No	Fecha	Hallazgos
Colonoscopia	Sí/No		
Sigmoidoscopia flexible	Sí/No		
Endoscopia digestiva alta	Sí/No		
CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) [ERCP]	Sí/No		
Ecografía endoscópica [EUS]	Sí/No		
TC [tomografía computarizada] del abdomen o del tracto GI [gastrointestinal] (en los últimos 6 meses)	Sí/No		
Ecografía del abdomen o del tracto GI (en los últimos 6 meses)	Sí/No		
RM [resonancia magnética]/CPRM [Colangiopancreatografía por resonancia magnética] [MRI/MRCP]	Sí/No		

Solo para las mujeres:

Embarazada Sí/No Planeando un embarazo Sí/No

Amamantando Sí/No Tipo de método anticonceptivo: _____

Firma del paciente/Fecha: _____ Firma del médico/Fecha: _____