



Rossana Moura M.D., P.A.

Gastroenterology & Hepatology

1601 N. Palm Ave., Suite 311

Pembroke Pines, FL 33026

Tel: (954)874-7900 / Fax: (954)874-7901

Información del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo Legal: F M Soc. Sec. #: _____

Núm. de Celular: _____ Núm. de Casa: _____

Correo Electrónico: _____ @ Gmail Hotmail Yahoo AOL Otro: _____ .com

Dirección: _____

Calle y # de Apta.

Ciudad

Estado

Código Post

Origen étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza: Asiático Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Nativo Americano Otro: _____

Nombre del Doctor Primario: _____ Núm. de Oficina: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Tel #: _____

Nombre de Farmacia: _____ Tel. de Farmacia #: _____

Que es la razón de esta consulta: _____

Permiso Para Revelar Información

¿Dejar un mensaje en su contestador en casa/celular? Si No

¿Enviarle resultados vía correo electrónico personal? Si No

¿Discutir sus resultados personales con otro miembro de su familia? Si No

Nombre: _____ Relación: _____ Tel #: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Tel #: _____

Historia Social

Estado Civil:

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Compañero(a)

Ocupación de Paciente:

Empleado Propia Cuenta Desempleado Estudiante Retirado Deshabilitado

Tipo de Trabajo: _____

Tabaco

Nunca Fumé
Fumo: ¿Cuántos Por Día? _____
Ex. Fumador: ¿Qué Año Dejo De Fumar? _____

Alcohol

No Bebo Raramente Socialmente Diariamente
Tipo: Vino Cerveza Licor
Numero De Tragos Por Semana: _____

Drogas Ilícitas

Alguna Vez Has Usado Drogas: No Si
Si Has Usado, Qué Tipo:
Marihuana Cocaína Crack Cocaína Heroína
Narcóticos Última Vez De Uso: _____

Tatuaje

¿Usted Tiene Tatuajes? Si No
¿Si Tiene, Cuántos? _____
Año Del Mas Viejo: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medicamentos (Prescripción y Sin Receta)

Nombre	Fuerza	Frecuencia

Alergias:

Pasado o Presente Enfermedades Médicas (Marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pólipos en el Colon	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Osteopenia
<input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico	<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> Hiatal	<input type="checkbox"/> Pancreatitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hepatitis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Problemas de Artritis <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Reumatoide	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad Parkinson
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Hígado Graso	<input type="checkbox"/> Intestino Irritable <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Piedras de los Riñones	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueno
<input type="checkbox"/> Cirrosis del Hígado	<input type="checkbox"/> Cálculos en la Vesicular	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Isquémica <input type="checkbox"/> Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Delgado <input type="checkbox"/> Grueso	<input type="checkbox"/> Problemas de Corazón <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Duodenal <input type="checkbox"/> Estomago
Otro: _____			

Cirugías / Procedimientos Previos (Marque lo que le corresponda):

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Colonoscopia Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Reemplazo Válvula Corazón	<input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Apéndice	<input type="checkbox"/> Endoscopia Superior Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Articulaciones: _____ <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Reemplazo	<input type="checkbox"/> Cirugía de estomago
<input type="checkbox"/> Espalda/Columna Vertebral	<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Vesícula	<input type="checkbox"/> Biopsia del Hígado Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Amígdalas
<input type="checkbox"/> Mama (<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo) <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Pulpectomía <input type="checkbox"/> Cosmético <input type="checkbox"/> Mastectomía	<input type="checkbox"/> Bypass de Corazón <input type="checkbox"/> Stent de Corazón	<input type="checkbox"/> Cirugía de Obesidad <input type="checkbox"/> Gastric Bypass <input type="checkbox"/> Gastric Sleeve <input type="checkbox"/> Tummy Tuck	<input type="checkbox"/> Cirugía de Trasplante Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Cirugía de Hemorroides	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Resección de Colon	<input type="checkbox"/> Reparación de Hernia <input type="checkbox"/> Hiatal <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Umbilical	<input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Vasectomía
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	Otro: _____		

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia de Familia

	Padre	Madre	Hijo	Hija	Hermano	Hermana	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Abuela Materna	Abuelo Materno
Enfermedad de Crohn's										
Colitis Ulcerosa										
Cáncer De Colon										
Pólipos De Colon										
Cáncer Estomacal										
Enfermedad Hígado										
Cáncer De Hígado										
Cáncer De Páncreas										
Otro Tipo de Cáncer:										

Revisión De Sistemas (Marque todos los que correspondan):

General	<input type="checkbox"/> Cambio de apetito <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso
Ojos	<input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Enrojecimiento
Otorrino	<input type="checkbox"/> Disminución de la audición <input type="checkbox"/> Olor disminuido <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sangrado nasal
Endocrino(a)	<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Tosiendo sangre
Corazón	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Falta de aliento en el esfuerzo
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Micción dolorosa <input type="checkbox"/> Periodos menstruales pesados
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas <input type="checkbox"/> Dolores musculares
Piel	<input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Lunares anormales
Neurológico	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Parálisis
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas

Hasta donde yo sé, las preguntas de estos formularios han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a *Rossana Moura M.D., P.A.* de cualquier cambio en el estado médico.

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

*Relación al paciente: Padre Guardián Otro: _____