

**Independent Medical Specialists Inc  
Gastroenterology History Form**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1) Cual es el problema principal que estan buscando ayuda para?

La detección del cáncer de colon

Otros (explicar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a) ¿Quien han visto para este problema? \_\_\_\_\_

b) ¿Estos síntomas comenzaron cuando? (una fecha aproximada está bien) \_\_\_\_\_

c) ¿Qué exámenes has tenido? \_\_\_\_\_

d) ¿Qué tratamientos has recibieron? \_\_\_\_\_

2) En los últimos 10 años, has tenido alguno de los siguientes?

Sí N Endoscopia digestiva alta (EGD)

¿Cuándo y Donde? \_\_\_\_\_

¿Qué encontraron? Úlcera / Gastritis / Hernia / Barrett's / No sé / Otro: \_\_\_\_\_

Sí N Colonoscopia

¿Cuándo y Donde? \_\_\_\_\_

¿Qué encontraron? Pólipos / Los divertículos / Nada / No sé / Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se le dijo que tuviera otro? \_\_\_\_\_ años / No sé

Sí N Sigmoidoscopia

Cuando y donde? \_\_\_\_\_

Qué encontraron? \_\_\_\_\_

3) Por favor anote cualquier alergia a medicamentos o medicamentos para los que han experimentado efectos secundarios:

Sí No Penicillin / penicilina

Sí No Sulfa

Sí No Fentanyl or Demerol or Versed / El fentanilo o Demerol o Versed

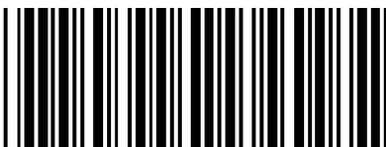
Sí No Otros (por favor lista): \_\_\_\_\_

4) Estás tomando cualquiera de los medicamentos listados? (Usted llenará una lista de medicamentos completo más adelante, pero estos son los más importantes para nosotros saber sobre, así que se enumeran por separado. Usted también debe listar todos los medicamentos que se han registrado aquí en la lista de medicamentos completa.)

Sí No Medicamentos para adelgazar la sangre (Plavix, Warfarin/Coumadin, Aspirina, Aggrenox, Pradaxa, etc.)

Sí No Narcóticos (Vicodin, Codeine, etc.)

Sí No Ajo / Otras hierbas: \_\_\_\_\_



**¿Tiene dolor abdominal?** Sí No

¿Cuánto tiempo ha estado allí? \_\_\_\_\_ semanas / meses / años

¿Ha estado empeorando? Sí No

¿Cómo describiría el dolor? Ardor / Calambres / Agudo / Punzante / Sordo / Royendo

¿Qué parte del abdomen duele? Todo / Superior izquierda / Superior media / Superior derecha  
Centro / Inferior izquierda / Inferior media / Inferior derecha

¿El dolor se irradia a ninguna parte? Hombro / Espalda / Ingle / Otro: \_\_\_\_\_

¿En una escala de 1-10, lo malo es? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Lo que hace que el dolor mejore? Medicamentos / Evacuación intestinal / Comer / Posición / Nada

¿Qué empeora el dolor? Medicamentos / Evacuación intestinal / Comer / Posición / Nada

**¿Tiene estreñimiento o diarrea?** No / Estreñimiento / Diarrea / Los dos

¿Cuánto tiempo ha estado allí? \_\_\_\_\_ semanas / meses / años

¿Ha estado empeorando? Sí No

¿Cuántos movimientos intestinales por semana? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su materia fecal como? Duro / Suave / Acuoso / Normal / Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad de materia fecal? Pequeño / Moderado / Grande

**¿Tiene dificultad para tragar?** Sí No

¿Cuánto tiempo ha estado allí? \_\_\_\_\_ semanas / meses / años

¿Ha estado empeorando? Sí No

¿Le duele al tragar? Sí No

¿Qué usted tiene dificultad para tragar? Sólidos / Líquidos / Pastillas

¿De dónde viene la comida parece quedarse atorado? Garganta / Pecho / Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué hacer para que sea mejor? Beber agua / Vomitar / Se cae en su propia / Otro: \_\_\_\_\_

**¿Tiene sangre en las deposiciones?** Sí No

¿Cuánto tiempo ha estado allí? \_\_\_\_\_ semanas / meses / años

¿Ha estado empeorando? Sí No

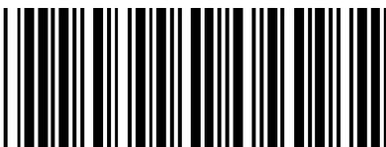
¿Qué color es? Rojo brillante / Granate / Negro

¿Dónde está? Mezclado con las deposiciones / Al final del movimiento del intestino / En el tejido

¿Cuál es la cantidad de sangre? Pequeño / Moderado / Grande

**¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?**

Y	N	Plenitud en la estómago	Y	N	Eructos	Y	N	Indigestión	Y	N	Vómitos
Y	N	Excesivo gas	Y	N	Acidez	Y	N	Náusea	Y	N	Incontinencia / accidentes



5) Por favor, marque con un círculo para Si y N para no para cada artículo. Por favor, no deje ningún blanco a menos que usted no está seguro

Historia médica pasada		
SI N Anemia	SI N Ataque del corazón	SI N Cirrosis
SI N Anestesia reacción	SI N Soplo del corazón	SI N Enfermedad de Crohn
SI N Artritis	SI N La presión arterial alta	SI N pólipos del colon
SI N Asma	SI N Enfermedad de los riñones	SI N El cáncer rectal
SI N Trastorno hemorrágico	• Está usted en diálisis? SI N	SI N Cáncer de colon
SI N Trastorno de la sangre	SI N Parkinson's	SI N Diverticulosis
SI N Depresión	SI N flebitis	SI N GERD
SI N Diabetes	SI N Problemas de próstata (hombres)	• Durante cuánto tiempo? _____
SI N Los coágulos de sangre	SI N fiebre reumática	• Qué tomaste para esto? _____
SI N Enfisema	SI N Ataque cerebral	SI N Hemorroides
SI N Endometriosis	SI N Tuberculosis (TB)	SI N Hepatitis tipo ____ (A, B, C, D)
SI N Epilepsia	SI N COPD	Fue tratado? SI N
SI N Glaucoma	SI N Enfermedad de la tiroides	SI N Síndrome de intestino irritable (IBS)
SI N Enfermedad del corazón	SI N La apnea del sueño	SI N enfermedad hepática
SI N La insuficiencia cardíaca congestiva	• Utiliza un C-PAP ? SI N	SI N colitis ulcerosa
	SI N La enfermedad celíaca	SI N Úlcera péptica

**Otras condiciones médicas:**

---



---



---



---

Cirugías Pasadas		
SI N Cirugía de aneurisma aórtico	SI N Injerto de derivación coronaria (CABG)	SI N Reemplazo de cadera
SI N La angioplastia	SI N Stent en el corazón	SI N Reemplazo de rodilla
SI N Apendectomía	• En qué año fue la última ? _____	SI N Hemorroidectomía
SI N Cirugía de la espalda	SI N marcapaso	SI N Hsterectomía
SI N Cirugía de la Vejiga	SI N resección del colon	SI N Cirugía de próstata (hombres)
SI N Mastectomía	SI N extirpación de la vesícula (también llamada colecistectomía)	SI N Tiroidectomía
SI N Reemplazo de válvula cardíaca	SI N Bypass gástrico	SI N La arteria carótida sugerey
SI N Reparación de la válvula del corazón	SI N Cirugía de hernia hiatal	SI N Intestino cirugía obstrucción
SI N Banda gástrica	SI N Otra cirugía de hernia	SI N Cesárea
SI N Resección gástrica		

**Otras cirugías**

---



---



6) Pacientes de sexo femenino (únicamente)

a) Último periodo menstrual: \_\_\_\_\_

b) Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? SI N

c) Cuántos hijos has tenido? \_\_\_\_\_

7) **Historia De Familia.**(nos dan información acerca de cualquiera de las siguientes enfermedades en los miembros de su familia, como la edad al momento del diagnóstico)

- Pólipos de colon \_\_\_\_\_  
relative \_\_\_\_\_ age at diagnosis \_\_\_\_\_
- Cáncer de colon \_\_\_\_\_  
relative \_\_\_\_\_ age at diagnosis \_\_\_\_\_
- Otras tipo de Cáncer \_\_\_\_\_
- Enfermedad de Crohn \_\_\_\_\_  
relative \_\_\_\_\_ age at diagnosis \_\_\_\_\_
- Colitis Ulcerosa \_\_\_\_\_  
relative \_\_\_\_\_ age at diagnosis \_\_\_\_\_
- Otras enfermedades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8) **Historia Social**

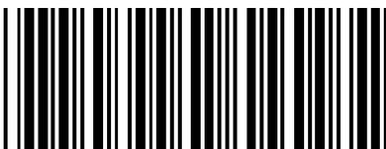
a) Fumas o has fumado en el pasado? SI N

Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Has dejado de fumar? SI N cuánto tiempo hace dejado de fumar ? \_\_\_\_\_

b) Cuánto y qué tipo de alcohol bebes por semana \_\_\_\_\_

c) Utiliza usted marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas o otras drogas ilegales? SI No



## Revisión del sistema

<u>General</u>	<u>Psiquiátrico</u>	<u>CVS</u>
SI N Fiebre / escalofríos	SI N Depresión	SI N Angina
SI N Cansancio	SI N Ansiedad	SI N Falta de aliento
SI N Falta de apetito	SI N Inestabilidad emocional	• En la nochet? SI N
SI N Pérdida de peso	SI N ¿Estás viendo a un	• El esfuerzo? SI N
• Cuanto? _____	psiquiatra?	SI N La hinchazón en los tobillos
• En cuánto tiempo? _____	<u>Genitourinario</u>	SI N Marcapasos
SI N Aumento de peso	SI N Frecuencia de orinar	SI N La irregularidad del latido
• Cuanto? _____ lbs	SI N Ardor cuando orina	del corazón
• En cuánto tiempo?	SI N Sangre en la orina?	<u>Hematología</u>
_____	SI N Dificultad para orinar	SI N Fácil aparición de
SI N Sudando en la noche	<u>Respiratorio</u>	moretones o sangrado
<u>Neurología</u>	SI N Tos persistente	SI N Agrandamiento de las
SI N Dolor de cabeza	SI N Subida de flema?	glándulas linfáticos
SI N Visión borrosa	• ¿De qué color?	SI N Cáncer de la sangre
SI N debilidad de extremidades	_____	<u>Musculoesquelético</u>
del cuerpo humano	SI N Jadeo	SI N dolor en las articulaciones
SI N Mareo	SI N Congestión del pecho	• Cual articulaciones?
SI N Perder El Conocimiento	SI N Dificultad para respirar	_____
SI N Migraña	SI N Puedes subir 2 tramos de	SI N Dolor de espalda
	escaleras	SI N Dificultad para caminar o
		estar parado
		SI N Debilidad muscular
		SI N Gout- dolor relacionado

9. Consultores que estás viendo:

Especialidad	Nombre	Razón	Fecha Del ultima Cita
<input type="checkbox"/> Cardiólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pulmonólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gastroenterólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other: _____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

