

Northern New Mexico Gastroenterology Associates, P. A.

David B Hoverson, MD -- Cornelius P Dooley, MD -- Patrick G Quinn, MD -- Ricardo Calzada, MD
Bradley Rowberr, MD -- Alejandra Castillo-Roth, MD -- Charles S Hertz, MD -- Lawrence M Weinberg, MD
Bonnie Giacchetti, PA-C -- Karen Conner, PA-C
1691 Galisteo Street Suite C, Santa Fe NM 87505 Phone (505) 983-5631 Fax: (505) 982-5605

Formulario de Entrevista Paciente

Información del Paciente

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

Correo Electronico

Personal: _____ Del Trabajo: _____

Preferencia De Contacto

Llamada telefonica Paciente se niega a especificar
 Mensaje por Portal de Paciente Otro: _____

Idioma Preferido

Ingles Paciente se niega a especificar
 Español Otro: _____

Raza

Raza Blanca Nativo Americano indio o Alaska Desconocido
 Negro o Afro-Americano Islas del Pacifico hawaiano u otro nativo Paciente se niega a especificar
 Asiático

Etnicidad

Hispano o Latino Paciente se niega a especificar
 No Hispano o Latino

Sexo

Masculino Femenino

Farmacia

Nombre _____ Direccion _____ Numero Telefonico _____

Medicamentos Actuales

Ninguno

Nombre	Dosis	Como se toman?

Alergias

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Paciente no tiene conocimiento de alergias | <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias a medicamentos conocidos |
| <input type="radio"/> sulfato de codeina
<input type="radio"/> penicilinas
<input type="radio"/> Versado (midazolam)
<input type="radio"/> El latex | <input type="radio"/> cinta quirúrgica
<input type="radio"/> Sulfa (antibióticos de sulfonamida)
<input type="radio"/> citrato de fentanilo |
| | <input type="radio"/> Otro _____ |

Condiciones Médicas Pasadas o Presentes

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Enfisema Cuando _____ | <input type="radio"/> Hepatitis C Cuando _____ |
| <input type="radio"/> Asma Cuando _____ | <input type="radio"/> Apnea del Sueño Cuando _____ | <input type="radio"/> La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (GERD) Cuando _____ |
| <input type="radio"/> E.P.O.C. Cuando _____ | <input type="radio"/> Convulsiones Cuando _____ | <input type="radio"/> Otro _____ Cuando _____ |
| <input type="radio"/> Cancer de Colon Cuando _____ | <input type="radio"/> Fallo Renal Cuando _____ | |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus Cuando _____ | <input type="radio"/> Síndrome del Intestino Irritable (IBS) Cuando _____ | |
| <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva Cuando _____ | <input type="radio"/> hipertensión Cuando _____ | |
| <input type="radio"/> Fibrilación Auricular Cuando _____ | | |

Estudios de Diagnóstico

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> cápsula endoscópica Cuando _____ | <input type="radio"/> ecografía renal Cuando _____ |
| <input type="radio"/> ecografía abdominal Cuando _____ | <input type="radio"/> colonoscopia Cuando _____ | <input type="radio"/> Otro _____ Cuando _____ |
| <input type="radio"/> TAC Abdominal (CT) Cuando _____ | <input type="radio"/> endoscopia Cuando _____ | |

Procedimientos Anteriores

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Ninguno Cuando _____ | <input type="radio"/> colecistectomía Cuando _____ | <input type="radio"/> reparación de la hernia Cuando _____ |
| <input type="radio"/> cirugía de la espalda Cuando _____ | <input type="radio"/> resección de colon Cuando _____ | <input type="radio"/> histerectomía Cuando _____ |
| <input type="radio"/> apendectomía Cuando _____ | <input type="radio"/> Cirugía de derivación de la arteria coronaria Cuando _____ | <input type="radio"/> extirpado la vesícula biliar Cuando _____ |
| <input type="radio"/> stent carotídeo Cuando _____ | | <input type="radio"/> Otro _____ Cuando _____ |

Historial Médico Familiar

- Ningún Conocimiento de la Historia Familiar

Sin Antecedentes Familiares con

- Cancer de Colon
- Síndrome del Intestino Irritable (IBS)
- Polipos de Colon

Diagnósticos

Colitis

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Hija
- Hijo
- Abuela Maternal
- Abuelo Maternal
- Abuela Paternal
- Abuelo Paternal

Sangrado gastrointestinal

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Hija
- Hijo
- Abuela Maternal
- Abuelo Maternal
- Abuela Paternal
- Abuelo Paternal

Síndrome del Intestino Irritable (IBS)

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Hija
- Hijo
- Abuela Maternal
- Abuelo Maternal
- Abuela Paternal
- Abuelo Paternal

Cancer de Colon

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Hija
- Hijo
- Abuela Maternal
- Abuelo Maternal
- Abuela Paternal
- Abuelo Paternal

Polipos de Colon

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Hija
- Hijo
- Abuela Maternal
- Abuelo Maternal
- Abuela Paternal
- Abuelo Paternal

Otro

- Madre
- Padre
- Hermano
- Hermana
- Hija
- Hijo
- Abuela Maternal
- Abuelo Maternal
- Abuela Paternal
- Abuelo Paternal

Historia Social

Occupacion: _____

Estado Civil

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Separado
- Viudo
- Union Civil
- Desconocido
- Otro

Tabaco

- actual fumador de cada día
- actual fumador de algunos días
- Ex fumador
- Nunca a fumado
- fumador, estado actual desconocido
- fumador ligero
- fumador pesado
- desconoce si alguna vez a fumado

Alcohol

- | | | |
|-------------------------------|----------|------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Cantidad | Frecuencia |
| <input type="radio"/> Cerveza | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Vino | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Otro | _____ | _____ |

Cafeina

- Ninguno
- Café/Te
- Sodas
- Chocolate
- Bebidas energeticas
- Otro

Uso de Drogas

- | | | |
|--|----------|------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Cantidad | Frecuencia |
| <input type="radio"/> Uso de drogas intravenosas | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Cocaína | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Heroína | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Marihuana | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Otro (por favor especifique) | _____ | _____ |

Ejercicio

- | | | |
|--------------------------------|----------|------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Cantidad | Frecuencia |
| <input type="radio"/> Caminar | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Correr | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Nadar | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Ciclismo | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Otro | _____ | _____ |

Concetimiento para importar historial de medicamentos

Doy mi consentimiento para la obtención de una historia de mis medicamentos comprados en farmacias.

- Si
- No

Concetimiento para compartir datos

Doy mi consentimiento para compartir mi informacion medica y demografica a otras facilidades medicas.

- Si
- No

Preferencia de recordatorios

Me gustaría recibir atención preventiva y seguimiento recordatorios de atención.

- Si
- No

Revisado Con

- Paciente
- Padre
- Tutor
- No present

Revisión de Los Sistemas

Alérgica / inmunológica

None

- exposición al VIH
- infecciones persistentes
- reacciones alérgicas fuertes o urticaria

Cardiovascular

None

- Dolor de pecho
- falta de aliento con el ejercicio
- latido del corazón irregular
- dificultad para respirar al estar acostado
- palpitaciones
- edema periférico

Constitucional

None

- fatiga
- fiebre
- Perdida de apetito
- Sensación de Malestar
- sudores
- Aumento de peso
- Perdida de Peso

ONBG

None

- Dificultad para tragar
- Dolor de garganta

Endocrino

None

- sed excesiva
- Perdida de pelo
- intolerancia al calor

Gastrointestinal

None

- Dolor Abdominal
- Inchazon Abdominal
- cambio en los hábitos intestinales
- estreñimiento
- Diarrea
- gas
- Acidez
- ictericia
- nausea
- Sangramiento rectal
- colicos
- vomito

Genitourinario

None

- Orina oscura
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina

Hematológico / Linfático

None

- sangrado de las encías o los ganglios linfáticos palpables
- moretones con facilidad
- sangrado prolongado

Integumentario

None

- Alergias
- Sequedad
- urticaria
- Comezón
- ictericia
- lesione
- erupciones

Musculoesqueléticas

None

- Artritis
- Dolor de espalda
- gota
- deformidad de la articulación
- dolor en las articulaciones
- debilidad muscular
- rigidez

Neurologico

None

- Desmayo
- dolores de cabeza frecuentes
- migraña
- entumecimiento u hormigueo
- convulsiones
- temblores
- Mareos

Psiquiátrico

None

- ansiedad
- depresion
- dificultad para dormir
- nerviosismo

Respiratorio

None

- asma
- toz
- expectoración excesiva
- sibilancias
- tos con sangre