



**SOUTHWEST
GASTROENTEROLOGY
ASSOCIATES, P.C.**

7788 Jefferson NE, Albuquerque, NM 87109
Phone: (505) 999-1600 Fax: (505) 999-1655 Web: southwestgi.com

Robert M. Lynn, MD
Howard K. Gogel, MD
John A. Burdon, MD
H. Naser Mojtahed, MD
Gabrielle M. Adams,
MD
Andrew C. Mason, MD

Antoine F. Jakiche, MD
Nikki L. Parker-Ray, MD
Mitchal Schreiner, MD
Michael K. Bay, MD
Angelina Villas-Adams, MD

Diplomates of the American Board of Internal Medicine in Gastroenterology

7788 Jefferson NE, Albuquerque, NM 87109
Phone: (505) 999-1600 Fax: (505) 999-1655 Web: www.southwestgi.com

Día de visita: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento.: _____

Doctor Primario: _____ **Doctor de Referencia:** _____

Motivo de Consulta (Razón de la Visita): _____

Historial de Enfermedades Actuales:

Inicio (cuanto tiempo ha tenido el problema): ___ horas ___ días ___ semanas ___ meses ___ años

Intensidad (marque uno): ___leve ___moderado ___severo

Describa sus síntomas en detalle: (Describa donde está el síntoma; ¿como se siente?)

Es fuerte, siente ardor, calambres, etc. ¿Cuándo lo Nota? (¿Está mejorando o empeorando con el tiempo?)

¿Que hace que su condición empeore? _____

¿Como mejora? _____

Mencione cualquier tratamiento o medicamento previo y si fueron eficientes o ineficientes:

Farmacia: _____ **Teléfono:** _____

Antecedentes Médicos (Seleccione lo que es aplicable):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Enfermedades Arteriales | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Terapia de Coumadin | <input type="checkbox"/> Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Síndrome de Intestino Irritable |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes de Mellitus | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón (MI) |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Desorden Inmunológico | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat Periférica |
| <input type="checkbox"/> Tumor Cerebral | <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Ulceras (PUD) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> G E R D | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cerebro Vascular | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> C O P D | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Valvular Cardiac |
| <input type="checkbox"/> Pólipos en el Colon | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiac | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Otro |

Antecedentes Quirúrgicos (Incluya fechas Y detalles de las cirugías):

- | | Fecha | | Fecha |
|---|--------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomia | |
| <input type="checkbox"/> Adhesión | _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de Hemorroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas con anestesia | _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica | _____ | <input type="checkbox"/> Interventional Pain Procedures | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Mama | _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos con Desfibrilador | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar
(Colecistectomía) | _____ | <input type="checkbox"/> Válvula Prostética | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cesaría | _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Derivación Arterial Coronaria | _____ | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stent Coronario | _____ | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |

Antecedentes Familiares (incluya la edad del diagnostico en el miembro de la familia afectado):

– Ninguno

– Antecedentes Familiares Desconocidos

– Adoptado

	Padre	Madre	Hermano(a)	Otro
Pólipos del colon				
Cancer de colon				
Cancer de esófago				
Cáncer de estomago				
Cáncer de páncreas				
Cáncer de hígado				
Cáncer de seno				
Cáncer de ovario				
Cáncer uterino				
Cáncer de riñón				
Cáncer de próstata				
Enfermedad hepática				
Enfermedad celiaca				
Síndrome del intestino irritable				
Enfermedad de Crohn				
Colitis ulcerosa				
Diabetes				
Enfermedad del corazón				
Otro:				
Otro:				
Otro:				

Historial Social (**seleccione lo que sea aplicable y describa en detalle a continuación**):

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Mas alto Nivel de Educación _____

Ocupación _____

Tabaco No Si Lo Dejo / cuando _____ Paquetes al día _____ # Años _____

Alcohol No Si Lo Dejo / Cuando _____ Bebidas al día _____ #Años _____

Drogas Recreativas No Si Lo Dejo / cuando _____ Agujas Hipodérmicas No Si

Fármacos Usados _____

Ejercicio Regular No Si

Revisión de Sistemas (marque si tiene alguno de los siguientes, y describa en el siguiente espacio):

Gastrointestinal

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Vómitos de Sangre | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Cambios en hábitos intestinales |
| <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Nausea | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Ictericia | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Evacuaciones con sangre |
| <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Agruras | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Gas/Hinchazón | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Incontinencia fecal |
| <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Vomito | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Diarrea | <input type="checkbox"/> _S <input type="checkbox"/> _N Liquido en el abdomen (ascitis) |

General

- _S _N Fiebre
- _S _N Escalofríos
- _S _N Pérdida de apetito
- _S _N Fatiga
- _S _N Debilidad
- _S _N Pérdida de peso
- _S _N Aumento de peso

Psiquiátrico

- _S _N Depresión
- _S _N Ansiedad
- _S _N Pérdida de memoria
- _S _N Ideación de suicidio
- _S _N Confusión

Respiratorio/Pulmones

- _S _N Tos
- _S _N Sibilancias
- _S _N Tos con sangre
- _S _N Falta de aliento

Oídos/Nariz/Garganta

- _S _N Zumbido en los oídos
- _S _N Perdida de audición
- _S _N Dolor de garganta
- _S _N Ronquera
- _S _N Drenaje de nariz

Cardiovascular

- _S _N Dolor de pecho/angina
- _S _N Palpitaciones
- _S _N Desmayo/sincope
- _S _N Hinchazón de pies

Ojos

- _S _N Visión borrosa
- _S _N Irritación
- _S _N Perdida de la vista

Musculoeskeletal

- _S _N Dolor en articulaciones
- _S _N Dolor en el cuello
- _S _N Dolor de espalda
- _S _N Dolor muscular
- _S _N Debilidad muscular

Renal/Urinario/Riñón

- _S _N Ardor al orinar
- _S _N Sangre en la orina
- _S _N Frecuencia urinaria
- _S _N Orinacion nocturna
- _S _N Incontinencia urinaria

Intolerancia a los alimentos

- _S _N Lecherías/lactosa
- _S _N Trigo/harinas

Ginecología

- _S _N Periodos menstruales
- _S _N Flujo vaginal
- _S _N Dolor pélvico
- _S _N Dolor durante el coito
- _S _N Esta embarazada?

Dermatología/Piel

- _S _N Erupciones en la piel
- _S _N Picazón
- _S _N Ulceras orales

Hematológico /Sangre

- _S _N Hematomas
- _S _N Sangrado
- _S _N Agrandamiento de ganglios linfáticos

Neurológico

- _S _N Dolor de cabeza
- _S _N Caídas frecuentes
- _S _N Dificultad al caminar
- _S _N Ciático

Información adicional no mencionada: _____

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Firma del Medico

Fecha