

All Island Gastroenterology & Liver Associates, P.C.

Harold Lipsky, M.D., F.A.C.G. ~~~~~ Pradeep Bansal, M.D., M.R.C.P. -- C. J. Singh, M.D.

Diplomates in American Board of Internal Medicine and Gastrointestinal Diseases

Formulario de Historia del Paciente

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Refiriendose MD:** _____

ESTADO DE SU DENUNCIA: _____

SIGNOS Y SINTOMAS		
1) La sangre en heces	[] NO [] SI	Si Monto: LGE_____ SM_____ Cuanto Tiempo _____ Color Oscuro Negro Brillante
2) El dolor abdominal o rectal	[] NO [] SI	Cuanto tiempo _____ Tipo Sharp Apagada Colico Continua Intermitente
Factores Aggravantes _____ Aliviar factores _____		_____
3) Nauseas	[] NO [] SI	Nueva Medicacion [] SI No
4) Vomitos	[] NO [] SI	Sangre_____Alimentacion _____
5) Diarrea	[] NO [] SI	Sangre_____Mucoso _____ De Relaciones Exteriores _____
6) Fiebre	[] NO [] SI	
7) Estrenimento / Cambio de Habito Intestinal	[] NO [] SI	Describo _____ _____
8) Cambio Peso	[] NO [] SI	Regular Peso _____ Peso Actual _____ Appetito Bueno___Mal_____
9) Modification de los habitos alimenticios	[] NO [] SI	Describo _____ _____
10) Dificultad para tragar	[] NO [] SI	Solidos _____ Liquidos _____ Cuanto tiempo _____
11) Acidez	[] NO [] SI	Cuanto tiempo _____ Progresista _____
12) Alcohol	[] NO [] SI	Cuanto _____ Vino _____ Cervesa _____ Licor _____
13) Fumar		Cigarillos puros _____ Tuberia _____ Tabaco _____ Monto _____
14) Calle droga	[] NO [] SI	

15) Estres		[] NO	[] SI		
16) Pasado Historia					
	Parasitos	[] NO	[] SI		
	Diverticulitis	[] NO	[] SI		
	Colon Irritable	[] NO	[] SI		
	Ulceras	[] NO	[] SI		
	Calculos Biliares	[] NO	[] SI		
	Hepatitis	[] NO	[] SI		
	Pancreatitis	[] NO	[] SI		
	Otros (especificar)	[] NO	[] SI	_____	

17) Cirugia en el pasado _____					

18) Rayos-X				Fecha	Resultados
	Serie GI superior	[] NO	[] SI	_____	_____
	Sonogram	[] NO	[] SI	_____	_____
	Enema de bario	[] NO	[] SI	_____	_____
19) Endoscopias				Fecha	Resultados
	Gastroscoopia	[] NO	[] SI	_____	_____
	Colonoscopia	[] NO	[] SI	_____	_____
	ERCP	[] NO	[] SI	_____	_____
20) Familia Enfermedades					
	Ulcera	[] NO	[] SI	Familiar	_____
	Cancer	[] NO	[] SI	Familiar	_____
	Tipo _____	[] NO	[] SI		
21) Medicamentos					
	Laxantes	[] NO	[] SI		
	Vitaminas / Hierro	[] NO	[] SI		
	Aspirina	[] NO	[] SI		
	Antiacidos	[] NO	[] SI		
	Otro	[] NO	[] SI	Lista	_____

22) Las transfusiones de sangre		[] NO	[] SI	Fecha	_____
				Razon	_____

23) Alergias					
	Alergias Drogas	[] NO	[] SI	Lista	_____
	Alergias al latex	[] NO	[] SI		
	Otras Alergias	[] NO	[] SI	Lista	_____

Firma			Fecha		

