



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Formulario de Historial de Salud – Nuevo Paciente

Gracias por elegir nuestra clínica para sus necesidades de atención médica. Agradecemos su ayuda para completar este formulario, ya que nos ayudará a cuidar mejor de usted. Esta es información confidencial que debe guardarse en su expediente médico electrónico.

¿Cuál es la razón de su visita?

¿Ha visto a un gastroenterólogo antes: Sí No

En caso afirmativo, ¿a quién vio? _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

¿Quién te refirió a las enfermedades digestivas de BSW – Fort Worth? _____

Alergias

Por favor, enumere cualquier alergia que tenga (alimentos o medicamentos) e indique el tipo de reacción.

Farmacia

Farmacia preferida: _____ Phone: _____

Dirección: _____

Medicamentos

Por favor, enumere sus medicamentos y dosis actuales (incluye medicamentos herbales, suplementos dietéticos, vitaminas, Tylenol, ibuprofeno, inyectables / infusiones y otros medicamentos de venta libre)

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia

Historia Médica / Revisión de Sistemas

Por favor, marque todo lo que corresponda.

- Melanoma
- Hueso(s) roto(s)
- Osteopenia
- Osteoporosis
- Papanicolaou anormal
- Diabetes
- Presión arterial alta
- Esclerosis Múltiple
- Lupus
- Enfermedad tiroidea
- Ataque cardíaco
- Arritmia cardíaca
- Insuficiencia cardíaca
- Golpe
- Enfisema/COPD
- Asma
- Pancreatitis
- Enfermedad renal
- Tuberculosis
- Depresión
- Anemia
- Deficiencia de vitamina D
- Deficiencia de vitamina B12
- Pérdida de peso (___ lbs)
- Aumento de peso (___ lbs)
- Fiebres
- Escalofríos
- Debilidad
- Fatiga
- Sudores nocturnos
- Erupciones cutáneas/Sores/Blisters (opción de círculo que se aplica)
- Psoriasis
- Pérdida de la visión
- Visión doble
- Enrojecimiento ocular (Episcleritis)
- Dolor ocular (uveítis)
- Dolores de oído
- Nariz que moquea
- Dolor sinusal
- Alergias estacionales
- Ulceras orales
- Dolor de garganta
- Dificultad/Dolorosa Tragar
- Tos
- Dificultad de Respiración
- Sibilancias
- Dolor de pecho
- Hinchazón en las piernas/Pies
- Latido rápido del corazón
- Acidez
- Reflujo ácido
- Regurgitación
- Náuseas/Vómitos
- Hinchazón

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | <input type="checkbox"/> Orina dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor pélvico | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Jaquecas | <input type="checkbox"/> Sueño no reparador |
| <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón articular | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C |
| <input type="checkbox"/> Célula falciforme | <input type="checkbox"/> Trauma de cabeza | <input type="checkbox"/> Fístula Perianal |
| <input type="checkbox"/> Transfusión(es) de sangre previa(s) | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en manos o pies | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de las glándulas | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Sangrado fácil | <input type="checkbox"/> Pánico | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío | <input type="checkbox"/> Desesperanza | <input type="checkbox"/> Piedras de riñón |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva | <input type="checkbox"/> Pensamientos de carreras | |

Otro: _____

Por favor, enumere cualquier oleada con fechas:

Historia familiar

No hay conocimiento de la historia familiar adoptado

Por favor, enumere la historia clínica familiar a continuación, asegúrese de incluir cualquier problema de GI.

	Problemas médicos	Difuntos	Si se muere, la causa de la muerte
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermano			
Hermano			

Abuela Materna			
Abuelo Materno			
Abuela Paterna			
Abuelo Paterno			

Historia Social

¿usted fuma? Sí No Anterior

¿Usas tabaco para masticar? Sí No Anterior

¿Bebes alcohol? Diario socialmente nunca antiguo

¿Usas drogas recreativas/callejeras? Diario socialmente nunca antiguo

Tipo: _____

Vacunas

¿Cuándo fue tu última vacuna contra la gripe? _____

¿Alguna vez has recibido una vacuna contra la neumonía (Pneumovax)? En caso afirmativo, cuándo?

¿Alguna vez has recibido una vacuna contra la hepatitis A? En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Alguna vez has recibido una vacuna contra la hepatitis B? En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Alguna vez has recibido una vacuna contra el herpes zóster? En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Alguna vez te has hecho una prueba cutánea de tuberculosis? En caso afirmativo, cuándo y cuál fue el resultado? _____

¿Alguna vez te hicieron un análisis de sangre para la tuberculosis? En caso afirmativo, ¿cuándo y cuál fue el resultado? _____