



Kansas Gastroenterología, LLC
3121 N. Webb Road, Suite 101
Wichita, Kansas 67226-8119
Teléfono: (316) 261-3130
Fax: (316) 261-3275

FORMULARIO DE ENTREVISTA DEL PACIENTE

Información del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Correo Electrónico

☐ Personal: _____ ☐ Trabajo: _____

Raza

Seleccione uno o más:

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|---|
| ☐ Blanco | ☐ Negro o Afroamericano | ☐ Asiático | ☐ Indio americano o Nativo de Alaska | ☐ Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico |
| ☐ Oriente Medio o África del Norte (MENA) | ☐ Otra raza | ☐ Desconocido | ☐ El Paciente se Niega a Especificar | ☐ Prohibido por el Estado Ley |

Etnicidad

- | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| ☐ Hispano o Latino | ☐ No Hispano o Latino | ☐ El Paciente se Niega a Especificar | ☐ Prohibido por el Estado Ley | ☐ Desconocido |
|--|---|--|---|-----------------------------------|

Sexo

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Masculino | ☐ Femenino | ☐ Otro | ☐ Desconocido |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|

Idioma preferido

- | | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|--|
| ☐ Inglés | ☐ Español; castellano | ☐ Otro | ☐ El paciente se niega a especificar |
|------------------------------|---|----------------------------|--|

Preferencia de Contacto

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|--|
| ☐ Carta | ☐ Teléfono Móvil | ☐ Portal del Paciente | ☐ Teléfono de Casa |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|--|

Farmacia

Nombre	Dirección	Número de Teléfono
--------	-----------	--------------------

Alergias

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ El paciente no tiene alergias conocidas. | ☐ El paciente no tiene alergias conocidas a medicamentos. | | | |
| ☐ Cinta adhesiva | ☐ Codeína | ☐ Eritromicina | ☐ Penicilinas | ☐ Mariscos |
| ☐ Contraste Intravenoso, Que Contiene Yodo | ☐ Látex | Otro: _____ | | |

Medicamentos actuales

☐ Ninguno ☐ Utiliza oxígeno

Nombre / Dosis / Forma / Cómo se toma (p. ej. Tylenol 500 mg 1 tableta por vía oral dos veces al día según sea necesario)

Pruebas/Estudios de Diagnóstico

☐ Ninguno

☐ Colonoscopia

Cuando: _____

☐ EGD

Cuando: _____

☐ TAC Abdomen/Pelvis

Cuando: _____

☐ Resonancia magnética
Abdomen/Pelvis

Cuando: _____

☐ ERCP

Cuando: _____

☐ Estudio de
vaciamiento gástrico

Cuando: _____

☐ Hemoculto

Cuando: _____

☐ Cologuard

Cuando: _____

☐ Sigmoidoscopia
Flexible

Cuando: _____

☐ Endoscopia con
Ultrasonido

Cuando: _____

Cirugías Previos

☐ Ninguno

☐ Extirpación de la
Vesícula Biliar

☐ Apendectomía

☐ Resección de Colon

☐ Resección Intestino
Delgado

☐ Laparoscopia
Exploratoria

☐ Bypass Gástrico

☐ Banda Gástrica

☐ Hemorroidectomía

☐ Bandas Para
Hemorroides

☐ Abdominoplastia

☐ Histerectomía

☐ Ligadura Trompas
Bilaterales (BTL)

☐ Mastectomía L Mama

☐ Mastectomía R Mama

☐ Inserción de
Marcapasos

☐ Colocación de
Desfibrilador

☐ Injerto de Derivación
de Arteria Coronaria
(CABG)

☐ Reparación de
Aneurisma Aórtico
Abdominal (AAA)

☐ Reemplazo Válvula
Cardíaca Aórtica

☐ Reemplazo de la
Válvula Cardíaca
Mitral

☐ Cateterismo Cardíaco:
con Colocación de
Stent

☐ Reemplazo de
Articulación

☐ Cirugía de Espalda

Otro: _____

Otro: _____

Condiciones médicas pasadas o presentes

☐ Ninguno

Gastroenterología/Hepatología

☐ Historia del pólipo de
Colon

☐ Cáncer de colon

☐ Síndrome del
intestino irritable

☐ diverticulosis

☐ Enfermedad de
Crohn

☐ Colitis Ulcerativa

☐ Enfermedad por
Reflujo
Gastroesofágico
(ERGE)

☐ Esófago de Barrett

☐ Enfermedad de la
úlcera

☐ Hepatitis B

☐ Hepatitis C

☐ Hígado graso

☐ Cirrosis

☐ Enfermedad celíaca

☐ Obstrucción Intestinal

☐ Pancreatitis

☐ Anemia

☐ Cáncer de esófago

Otro: _____

Otro: _____

Cardiología	☐ Enfermedad Arterial coronaria	☐ Insuficiencia Cardíaca congestiva	☐ Infarto de Miocardio (ataque al corazón)	☐ Hipertensión
	☐ Fibrilación auricular	☐ Enfermedad vascular	☐ Colesterol alto	☐ Accidente Cerebrovascular
	☐ Ataque isquémico transitorio (mini accidente cerebrovascular)	☐ Enfermedad cardíaca valvular	☐ Marcapasos	☐ Stents de arteria coronaria
	Otro: _____	Otro: _____		
Neumología	☐ EPOC	☐ Asma	☐ Apnea del Sueño	☐ Coágulos de Sangre (Pierna)
	☐ Coágulos de Sangre (Pulmón)	☐ sibilancias	Otro: _____	Otro: _____
Otro	☐ Trastorno de Ansiedad	☐ Artritis	☐ Trastorno bipolar	☐ Piercings en el Cuerpo
	☐ Cáncer de mama	☐ Embarazo actual	☐ Depresión	☐ Diabetes Mellitus Tipo 1
	☐ Diabetes Mellitus Tipo 2	☐ Fibrosis/Fibromialgia	☐ Gota	☐ Exposición al VIH
	☐ Infección por VIH	☐ Hipotiroidismo	☐ Nefropatía	☐ Cálculos Renales
	☐ Cáncer de Pulmón	☐ Cáncer de Ovarios	☐ Cancer de Prostata	☐ Cáncer de Piel
	☐ Convulsiones	☐ Tatuajes	☐ Demencia	☐ Alzheimer
	Otro: _____	Otro: _____		

Historia social

Ocupación: _____ Número de hijos: _____

Estado civil

☐ Soltero	☐ Casado	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viudo
☐ Unión civil	☐ Desconocido	☐ Otro		

Alcohol

☐ Nunca		
☐ Ocasionalmente	☐ A diario	☐ Ex bebedor

Caféina

☐ Nunca	
☐ Ocasionalmente	☐ A Diario

Nicotina

Estado de uso	☐ Actual Todos los Días Uso	☐ Actual Algún Día Uso	☐ Usado Anteriormente	☐ Nunca usado
Tipo usado	Comenzó	Abandonar	Cantidad (p. ej., 10 cigarrillos) Frecuencia (p. ej., diaria)	
☐ cigarrillos	_____			
☐ cigarros	_____			
☐ Mascando tabaco	_____			
☐ Vapear	_____			

El consumo de drogas

☐ Nunca			
Tipo	Cantidad	Número	Frecuencia
☐ IV/Intranasal	_____		
☐ Recreativo	_____		

Ejercicio

☐ Nunca

☐ Ejercicio regular ☐ Ejercicio ocasional

☐ Ejercicio regular ☐ Ejercicio ocasional

Historia médica familiar

☐ Sin conocimiento de la historia familiar

[illegible]

Revisión de sistemas: marque el círculo de los síntomas a continuación que tiene hoy

Cardiovascular

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Hipertensión
- ☐ Dificultad para respirar al acostarse o dormir

Constitucional

- ☐ Fiebre
- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Debilidad
- ☐ Cansarse fácilmente
- ☐ Mareo ligero

ENMT

- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Zumbido en Oídos
- ☐ Problemas nasales
- ☐ Alergias estacionales
- ☐ Dolor en la boca
- ☐ Garganta ronca

Endocrino

- ☐ Sed excesiva
- ☐ Intolerancia al calor
- ☐ Intolerancia al frío
- ☐ Sudoración excesiva
- ☐ Hambre excesiva

Ojos

- ☐ Ojos amarillos
- ☐ Lentes de contacto/gafas

Gastrointestinal

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Inflamación abdominal
- ☐ Constipación/estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Náuseas
- ☐ Vómitos
- ☐ Dificultad al tragar comida/liquido
- ☐ Intolerancia a la lactosa
- ☐ Indigestión
- ☐ Vómitos de sangre
- ☐ Sangre en las heces
- ☐ Heces fecales duras
- ☐ Usar el dedo para evacuar las heces

Psiquiátrico

- ☐ Dificultad para dormir
- ☐ Nerviosismo
- ☐ Tensión
- ☐ Síntomas maníacos
- ☐ Mal humor

Respiratorio

- ☐ Asma
- ☐ Tos
- ☐ Disnea (dificultad para respirar)
- ☐ Jadear

Genitourinario

- ☐ Orina frecuente
- ☐ Hematuria
- ☐ Impotencia
- ☐ Orina urgente
- ☐ Dificultad para contener la orina/accidentes
- ☐ Ardor al orinar
- ☐ Llagas en las genitales
- ☐ Dolor durante el coito
- ☐ Pérdida de interés en el sexo.
- ☐ Infección de transmisión sexual pasada
- ☐ Dificultad con los períodos
- ☐ Sangrado excesivo durante los períodos
- ☐ Menopausia

Hematológico/linfático

- ☐ Moretones con facilidad
- ☐ Sangrado prolongado
- ☐ Transfusiones de sangre antes de 1992
- ☐ Reacción a la transfusión
- ☐ Anemia
- ☐ Pérdida excesiva de sangre

Tegumentario (piel)

- ☐ Sequedad
- ☐ Picazón
- ☐ Llagas
- ☐ Rozaduras
- ☐ Tatuajes
- ☐ Perforaciones
- ☐ Úlceras en las piernas
- ☐ Úlceras en los pies

Musculoesquelético

- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Dolor en las articulaciones
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Calambres en las piernas

Neurológico

- ☐ Mareo
- ☐ Desmayo
- ☐ Dolores de cabeza frecuentes
- ☐ Temblores
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Apagones
- ☐ Parálisis
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Confusión

☐ Ninguno de los síntomas anteriores

Proveedores médicos (enumere a continuación los médicos que actualmente tratan sus afecciones)

Médico de atención primaria: _____

Cardiólogo (médico del corazón): _____

Endocrinólogo: _____

Médico de trasplantes: _____

Oncólogo: _____

Nefrólogo: _____

Neumólogo (médico de pulmones): _____

Otro (por favor especifique la condición): _____

Consentimiento para importar el historial de medicamentos

Doy mi consentimiento para obtener un historial de mis medicamentos comprados en farmacias.

(Esto nos permite importar a nuestro sistema los medicamentos que su seguro ha pagado en una farmacia sin tener que escribir cada uno manualmente)

☐

Sí

☐

No

Revisado con

☐

Paciente

☐

Padre

☐

guardián

☐

No presente

Firma

Firma

Fecha