

GASTROINTESTINAL HEALTHCARE

Improving Your Health From The Inside Out.

2011 Falls Valley Drive, Suite 106, Raleigh, NC 27615

Phone: 919-870-1311

Fax: 919-881-0822

www.giraleigh.com

Forma Entrevista con el Paciente

Información del Paciente

Nombre de Pila: _____

Apellido: _____

MRN: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Notas: _____

El Correo Electrónico

Por favor, marque uno como su correo electrónico preferido para las comunicaciones

Personal: _____ Trabajo: _____

El 1 de enero 2010, todos los proveedores de la línea quirúrgico independiente están obligados a informar a la División de Salud Pública de cualquier raza y etnicidad de datos auto-reportados proporcionadas por el paciente. Si opta por la auto - informe de esta información, por favor burbuja en la raza y el origen étnico apropiado. Si decide no reportar esta información , por favor seleccione "paciente se niegue a proporcionar información" en ambas secciones.

Raza

Seleccione uno o más

- Blanco Negro o Africano Americano Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Hawaiano Nativo o otras Islas del Pacífico
- Desconocido Paciente se niegue a especificar

Etnicidad

- Hispano o Latino No Hispano o Latino Paciente se niegue a especificar

Sexo

- Masculino Femenino Otros

Idioma Preferido

- Inglés Español Paciente se niegue a especificar Otros: _____

Forma de Contacto Preferida

- Teléfono de casa Teléfono de la empresa Teléfono móvil Correo Correo electrónico
- Paciente se niegue a especificar

Alergias

- Paciente no tiene las alergias conocidas Paciente no tiene alergias a medicamentos conocidas
- Látex Cinta adhesiva Soja Frutos secos Huevos
- Mangos Níquel Propofol Fentanyl Midazolam
- Lidocaina Aspirina Morfina Codeína Penicilinas
- Sulfa Otras: _____ Otras: _____

Medicamentos Actuales y las Dosis, Ya Sea Uno de Venta Libre y Suplementos

Ninguno

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Inmunizaciones

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno
Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Hep A, para adultos
Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Hep B, para adultos
Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Flu
Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Neumonía
Cuando: _____ |
|---|---|---|---|--|

Estudios de Diagnóstico / Pruebas

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia |
| <input type="checkbox"/> Tomografía
computarizada | | | | |

Condiciones Médicas Pasadas o Presentes

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico |
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Infecciones de las vías urinarias frecuentes | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Hígado graso | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Historia de intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Prueba de la tuberculina positiva | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Cáncer del piel | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño con CPAP | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño no CPAP |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Trastorno de la articulación temporomandibular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Cáncer uterino |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular | | | | |
| <input type="checkbox"/> Yo, el paciente, he viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 21 días. | | | | |
| ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Tos productiva | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos |

Procedimientos Anteriores

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Cirugía de mama | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cesárea | <input type="checkbox"/> Catéter cardíaco | <input type="checkbox"/> Resección de colon |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Bypass del corazón | <input type="checkbox"/> Stent cardíaco | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Reparación de la hernia | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación | <input type="checkbox"/> Cirugía de riñón |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Cirugía de la obesidad | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata | <input type="checkbox"/> Estómago |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | | | | |
| Otras: _____ | Otras: _____ | Otras: _____ | Otras: _____ | Otras: _____ |

Historia Social

Ocupación: _____ Número de niños: _____

Revisión de los síntomas actuales

Aérgica/Inmunológica

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Exposición al HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciones recurrentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reacciones o erupciones alérgicas fuertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cardiovascular

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de aliento con el ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latido irregular del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de aliento al estar acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinchazón de las extremidades inferiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desmayos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Constitucional

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Agotamiento extremo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incomodidad o molestia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdido de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oídos, Nariz, Boco, Garganta

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para respirar por la nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hemorragias nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en la mandíbula, haciendo estallar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Endocrino

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Sed excesiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de pelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intolerancia al calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ojos

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Ver doble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de la visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilidad a la luz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastrointestinal

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Distensión abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinchazón abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambio en los hábitos intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidez estomacal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangrado rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calambres estomacales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Genitourinario

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Orina oscura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disminución en el flujo de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciones urinarias frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Micción frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangre en la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impotencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Micción nocturna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secreción uretral o incontinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hematológica/Linfática

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Sangrado de las encías o inflamación de las glándulas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fácil aparición de moretones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangrado prolongado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tegumentario

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sequedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colmenas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Picazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erupciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Musculoesquelético

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deformidad de las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rigidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neurológica

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desmayos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entumecimiento u hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temblores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vértigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psiquiátrica

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad de dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historia de intento de suicidio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los ataques de pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paranoia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Respiratoria

<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excese de saliva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de aliento con el ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sibilancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Farmacia

Nombre

Dirección

Teléfono

Permitir la Importación Historial de Medicamentos

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

Sí

No

Consentimiento para Compartir Datos

Doy mi consentimiento para permitir GIH para compartir mi información médica y demográfica entre los proveedores relacionados con mi curso de tratamiento, tales como mi atención primaria o médico de referencia.

Sí

No

Preferencia Recordatorio

Me gustaría recibir cuidado preventivo y seguimiento recordatorios de atención.

Sí

No

Revisión con el Personal

Paciente

Padre

Tutor

No Presente

Firma

Firma

Fecha