



**Inmunizaciones (Immunizations)**

- Ninguna (None)
- Vacuna Contra la Gripe (Flu Shot)     Hep A     Hep B     Pneumovax (Pnuemovax)     Tb Preuba en la Piel (TB Skin Test)
- Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

**Edstudios de Diagnóstico/Pruebas (Diagnostic Studies/ Tests)**

- Ninguno (None)
- Colonoscopia (Colonoscopy)     Endoscopia (EGD)     Tomografía computarizada (Abd/Pelvis) (CT Scan (Abd/Pelvis))     MRI (Abd/Pelvis)     ERCP
- Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

**Procedimientos Anteriores (Previous Procedures)**

- Ninguno (None)
- Vesicula Biliar (Gallbladder)     Apendectomía (Appendectomy)     Resección del Colon (Colon Resection)     Resección del intestino Delgado (Small Bowel Resection)     Exploración quirúrgica abdominal (Exploratory Abdominal Surgery)
- El Bypass Gástrico (Gastric Bypass Surgery)     Lap Band     Hemorroides (Hemorrhoid)     Atadura de Hemorroides (Hemorrhoid Banding)     Abdominoplastia (Abdominoplasty)
- Histerectomía (Hysterectomy)     Ligación de trompas (Tubal Ligation)     Mastectomía (Mastectomy)     Marcapaso (Pacemaker)     Desfibrilador (Defibrillator)
- Bypass de la Arteria Coronaria Gráfica (Coronary Artery Bypass Graphing)     Aneurisna Aórtico Abdominal (Abdominal Aortic Aneurysm Repair)     Reemplazo de válvulas Cardíacas (Heart Valve Replacement Suregery)     Stent/Cateterismo Cardíaco (Cardiac Catherization/Stent)
- Reemplazo de articulaciones (Joint Replacement)     Cirugía del espalda (Back Surgery)     Fibromialgia (Fibromyalgia)
- Otro (Other): \_\_\_\_\_  Otro (Other): \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas pasadas o presents (Past or Present Conditions)**

- Niguna (None)

**Gastroenterología/Hepatología (Gastroenterology/ Hepatology)**

- Pólipos de Colon (Colon Polyps)     Cáncer del Colon (Colon Cancer)     Síndrome del intestine irritable (Irritable Bowel Syndrome)
- Diverticulitis (Diverticulitis)     Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)     Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)
- Reflujo/GERD     Barret Esófago (Barretts Esophagus)     Enfermedad de Úlcera (Ulcer Disease)
- Hepatitis B     Hepatitis C     Enfermedad del Hígado Grasoso (Fatty Liver Disease)
- Cirrosis (Cirrhosis)     Enfermedad Celíaca (Celiac Disease)     Obstrucción intestinal (Bowel obstruction)
- Pancreatitis (Pancreatitis)     Anemia     Otro (Other): \_\_\_\_\_

**Cardiología (Cardiology)**

- Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease)     Enfermedad de la Válvula Cardíaca (Heart Valve Disease)     Insuficiencia Cadiaca Congestiva (Congestive Heart Failure)     Ataque de corazón (Heart Attack)
- Hipertensión (High Blood Pressure)     Fibrilación Auricular (Atrial Fibrillation)     Enfermedad Vasculara (Vascular Disease)     Colesterol Alto (High Cholesterol)
- Carrera (Stroke)     Ataqu Isquémico Transitorio (Transient Ischemic Attack)     Stent Coronario (Coronary Stent)     Implante Valvular (Valvular Disease Implant)
- Marcapaso (Pacemaker)     Otro (Other): \_\_\_\_\_

## **Neumología (Pulmonology)**

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)  Asma (Asthma)  Apnea del sueño (Sleep Apnea)  Coágulos de Sangre (piernas) (Blood Clots (Legs))
- Coágulos de Sangre (pulmones) (Blood Clots (lungs))  Dificultad con Respirar (Wheezing)  Transfusiones de Sangre (Blood Transfusions)
- Otro (Other): \_\_\_\_\_

## **Otro (Other)**

- Trastorno de Ansiedad (Anxiety Disorder)  Artritis (Arthritis)  Trastorno Bipolar (Bipolar Disorder)  Piercings (Body Piercings)
- Cáncer del Seno (Breast Cancer)  Embarazo Actual (Current Pregnancy)  Depresión (Depression)  Diabetes
- Fibromialgia (Fibromyalgia)  Gota (Gout)  Exposición al VIH (HIV Exposure)  Infección por VIH (HIV Infection)
- Hipotiroidismo (Hypothyroidism)  Enfermedad en el Riñón (Kidney Disease)  Piedras en los Riñones (Kidney Stones)  Cáncer de Pulmón (Lung Cancer)
- Cáncer Ovario (Ovarian Cancer)  Otro Tipo de Cáncer (Other Cancer)  Cáncer del Próstata (Prostate Cancer)  Infecciones Recurrentes (Recurrent Infection)
- Convulsiones (Seizures)  Cáncer en la Piel (Skin Cancer)  Tatuajes (Tattoos)  Otro (Other): \_\_\_\_\_

## **Historial Social (Social History)**

### **Estado Marital (Marital Status)**

- Soltero (a) (Single)  Casado (a) (Married)  Divorciado(a) (Divorced)  Separado (Separated)
- Viudo(a) (Widow)  Unión Civil (Civil Union)  Desconocido (Unknown)  Otro (Other)

### **Uso De Alcohol (Alcohol Use)**

- Ninguno (None)
- Menos de 7 por semana (Less than 7 per week)  Mas de 7 por semana (More than 7 per week)

### **Cafeína (Caffeine)**

- Ninguno (None)
- De vez en cuando (Occasionally)  Diario (Daily)

### **Estado de Fumar Tabaco (Tobacco Smoking Habits)**

- Actual Fumo Diario (Current Every day Smoker)  Fumo Algunos Días (Current Someday Smoker)  Ex-Fumador (Former Smoker)  Nunca he Fumado (Never Smoked)

### **Tipo (Type)**

- Cigarillos (Cigarettes) \_\_\_\_\_
- Cigarro (Cigar) \_\_\_\_\_
- Tabaco de Mascar (Chewing Tobacco) \_\_\_\_\_

### **Consumo de Drogas (Drug Use)**

- Nada (None)
- IV o Drogas intranasal actualmente (IV or intranasal drugs currently)  IV o Drogas intranasal en el Pasado (IV or Intranasal Drugs in the past)

### Ejercicio (Exercise)

Nada (None)  Ejercicio regular de rutina (Routine Regular Exercise)

### Antecedentes Familiares (Family History)

Ningún conocimiento de la historia familiar (No Knowledge of Family History)

### No hay historia Familiar de: (No Family History of)

- Enfermedad Celíaca (Celiac Sprue)  Cáncer del Colon (Colon Cancer)  
 Pólipos de Colon (Colon Polyps)  Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)  
 Enfermedad Vesicular (Gallbladder Disease)  Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Inflammatory Bowel Disease)  
 Enfermedad Hepática (Liver Disease)  Pólipos (Polyps)  
 Cáncer del Estómago (Stomach Cancer)  Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)

### Diagnóstico de:

	Mamá	Papá	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Enfermedad Celíaca (Celiac Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer del Colon (Colon Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipos de Colon (Colon Polyps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Vesicular (Gallbladder Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Hepática (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer del Estómago (Stomach Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (Other):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### \*Revisión del sistema\*

(Por favor seleccione todos los síntomas que usted está experimentando actualmente)

	Sí		Sí
<b>*Alérgico/Inmunológico* (Allergic/Immunologic)</b>		<b>*Gastrointestinal* (Gastrointestinal)</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	
Reacciones Alérgicas (Allergic Reactions)	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal (Abdominal Pain)	<input type="checkbox"/>
Infecciones Actuales (Current Infections)	<input type="checkbox"/>	Hinchazón Abdominal (Abdominal Swelling)	<input type="checkbox"/>
<b>*Cardiovascular* (Cardiovascular)</b>		Cambio en los hábitos Inestinales (Change in Bowel Habits)	
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		Entreñimiento (Constipation)	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho (Chest Pain)	<input type="checkbox"/>	Diarrea (Diarrhea)	<input type="checkbox"/>
Latidos Irregulares del Corazón (Irregular Heart Beat)	<input type="checkbox"/>	Gas	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones (Rapid Heart Rate/Palpitations)	<input type="checkbox"/>	Acidez (Heartburn)	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos (Ankle Swelling)	<input type="checkbox"/>	Náusea (Nausea)	<input type="checkbox"/>
<b>*Constitucional* (Constitutional)</b>		Sangrado Rectal (Rectal Bleeding)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		Calambres en el Estómago (Stomach Cramps)	<input type="checkbox"/>
Fiebre (Fever)	<input type="checkbox"/>	Vómitos (Vomiting)	<input type="checkbox"/>
Falta de Apetito (Loss of Appetite)	<input type="checkbox"/>	Dificultad para Tragar (Difficulty Swallowing)	<input type="checkbox"/>
Perdida de Peso (Weight Loss)	<input type="checkbox"/>	Coloración amarillenta de la piel	<input type="checkbox"/>
<b>*Oído, Nariz, Boca y Garganta* (ENMT)</b>		<b>*Genitourinario* (Genitourinary)</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	
Sangramiento de Nariz (Nose Bleeds)	<input type="checkbox"/>	Sangre en la Orina (Blood in Urine)	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la Visión (Loss of Vision)	<input type="checkbox"/>	Recientes Oscurecimiento de la Orina (Recent Darkening of Urine)	<input type="checkbox"/>
Ronquera (Hoarseness)	<input type="checkbox"/>		
Llaga en la boca (Mouth Sores)	<input type="checkbox"/>		

Sí

Sí

**\*Endocrino\* (Endocrine)** Ninguno (None)

Sed Excesiva (Excessive Thirst)

Intolerancia al Frío y Calor (Heat &amp; Cold Intolerance)

**\*Relativo a lo Músculos\* (Musculoskeletal)** Ninguno (None)

Dolor de Espalda (Back Pain)

Dolor en las Conyunturas (Joint Pain/Arthritis)

**\*Psiquiátrico\* (Psychiatric)** Ninguno (None)

Depresión (Depression)

Ansiedad/Pánico (Anxiety/Panic Attacks)

**\*Respiratorio\* (Respiratory)** Ninguno (None)

Dificultad con Respirar (Wheezing)

Tos (Frequent Cough)

Falta de aire cuando está en reposo

(Shortness of Breath when at Rest)

**\*Hematológicas/Linfático\* (Hematologic/Lymphatic)** Ninguno (None)

Moretones Fácil (Easy Bruising)

Anemia (Anemia)

**\*Integumentario\* (Integumentary)** Ninguno (None)

Picazón (Itching)

Sarpullido (Rashes)

Sarpullido/Urticaria (Rashes/Hives)

**\*Neurológico\* (Neurological)** Ninguno (None)

Mareo (Dizziness)

Desmayo (Fainting)

Dolores de Cabeza Frecuentes

(Frequent Headaches)

Vértigo (Vertigo)

Pérdida de la memoria/Confusión

(Memory Loss/Confusion)