

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

QUEJA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INDICAR SI USTED TIENE CUALQUIER PROBLEMAS, SIGNOS O SÍNTOMAS:**

- Bienestar general  de piel  de ojos,  nariz, garganta  estómago/digestión respiratoria pulmones  
 Circulación de corazón  músculos/articulaciones/huesos  alergias neurológicas  reproducción/urinaria  
 Endocrino tiroides  psiquiátrico  sangre/linfáticos  otros

**CONDICIÓN MÉDICA PASADA O PRESENTE**

- Trastornos de la Diabetes  riñón enfermedad  tiroides  anemia  ataque al corazón  
 Asma  COPD  accidente cerebro vascular  hiperlipidemia  piedras en el riñón  Hepatitis  
 La fibrilación auricular  insuficiencia cardíaca congestiva  hipertensión  trastorno neurológico  apnea del sueño  
 Cáncer  coronaria enfermedad de la arteria  enfermedad cardíaca Valvular  Colon Cáncer  cáncer de mama

Otro: \_\_\_\_\_

**ANTERIORES PROCEDIMIENTOS GI: ( ) ninguno**

- Cirugía abdominal - fecha \_\_\_\_\_  Colectomía (vesícula biliar) - fecha \_\_\_\_\_  Bypass gástrico - fecha \_\_\_\_\_  
 Colonoscopia- fecha \_\_\_\_\_  Endoscopia- fecha \_\_\_\_\_  Cápsula estudio - fecha \_\_\_\_\_  
 CT SCAN- fecha \_\_\_\_\_  ULTRASONIDO- fecha \_\_\_\_\_  MRI- fecha \_\_\_\_\_  ERCP- fecha \_\_\_\_\_  
 INTESTINO RAYOS X- fecha \_\_\_\_\_  Otras cirugías \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

**¿Está usted experimentando cualquiera de los siguientes? (Por favor revise todo lo que aplique)**

**Alérgicas**  irritación de los ojos  estornudo  ninguno

**Cardiovascular (corazón)**  Dolor en el pecho  palpitación/agitar de corazón  ninguno  
 Dificultad para respirar durante el ejercicio

**General**  Visión borrosa  irritación de la luz  prurito  cambio de peso  disminuido de apetito  ninguno  
 Bloqueado de nariz  ojos dolorosos  post goteo Nasal  fiebre o sudores nocturnos  fatiga o debilidad  
 Presión en los oídos  rinitis (secreción nasal)  úlceras en boca  daño de dientes

**Gastrointestinales**  Estreñimiento  diarrea  dolor  reflujo (acidez estomacal)  ninguno

**Génito-urinario**  Vacilación al orinar  micción en la noche  dolor al orinar  riñón piedras  ninguno  
 Sangre en la orina

**Hematológicas**  Sangra fácilmente  suda de noche  pérdida de peso  ninguno

**Tegumentario (piel)**  Hemorragias  piel seca  comezón en la piel  Erupción de lesiones  ninguno

**Músculo-esquelético**  Calambres  dolor  debilidad  ninguno

**Neurológicos (nervios)**  Movimientos anormales  Mareos/Vértigo  desmayo  ninguno  
 Zumbido en los oídos  contracción

**Psiquiátrico**  Depresión  humor  estrés situacional  ninguno

**Respiratorios (pulmones)**  Tos  dificultad para respirar mientras está sentado  sibilancias  ninguno

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_