

ENTREVISTA DEL PACIENTE

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza (Race)

- Blanco/Caucásico (White/Caucasian) Negro o Afroamericano (Black or African American)
Asiático (Asian) (Hispanic or Latino) Americano o Nativo de Alaska Indio (American Alaska Native Indian)
Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
Mixto (Mixed) Otro (Other) Paciente se niega a proporcionar información (Patient Declines to Provide information)

Ethnicidad (Ethnicity)

- Hispano o Latino (Hispanic or Latino) No Hispano o Latino (Not Hispanic or Latino)
Paciente se niega a proporcionar información (Patient Declines to provide information)

Sexo (Sex)

- Femenino (Female) Masculino(Male) Otro (Other): _____

Idioma Preferido (Preferred Language)

- Inglés (English) Español (Spanish) Otro (Other): _____

Preferencia de Contacto (Contact Preference)

- Carta (Letter) Otro (Other): _____

Farmacia (Pharmacy)

Nombre y Ubicación (Name & Location): _____

Alergias

- Ninguna Alergia Conocida Ninguna Alergia ha Medicamentos Conocidas
(No Known Allergies)
Cinta Adhesiva Codeína Sulfato
(No Known Drug Allergies)
Eritromicina Látex Penicilina
(Erythromycin) (Latex) (Penicillins)
(Shelfish) (Sulfa (Sulfonamide Antibiotics)) (IV Dye, Iodine Containig Contrast Media)

Medicamentos de Uso Diario

- Ninguno (None)
(Adhesive Tape) (Codeine Sulfate)
Mariscos Sulfa (antibióticos de sulfonamide) Iv Dye, Yodo que contienen los medios de contraste

Nombre	Dosis	Como se lo toma?

Inmunizaciones (Immunizations)

- Ninguna (None)
Vacuna Contra la Gripe Hep A Hep B Pneumovax Tb Prueba en la Piel

(Flu Shot) (Pneumovax) (TB Skin Test) Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____
_____ Cuando: _____ Cuando: _____

Estudios de Diagnóstico/Pruebas (Diagnostic Studies/ Tests)

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

Procedimientos Anteriores (Previous Procedures)

Ninguno (None)
 Vesicula Biliar Apendectomía Resección del Colon Resección del
 Exploración quirúrgica abdominal
(Gallbladder) (Appendectomy) (Colon Resection) El Bypass Gástrico Lap Band
 Hemorroides
intestino Delgado (Small Bowel Resection)
(Gastric Bypass Surgery) Histerectomía
(Hemorrhoid) Ligación de trompas
(Hemorrhoid Banding) (Abdominoplasty)
 Mastectomía (Mastectomy)

Condiciones Médicas pasadas o presents (Past or Present Conditions)

Ninguna (None)
Gastroenterología/Hepatología (Gastroenterology/ Hepatology)
 Pólipos de Colon Cáncer del Colon Síndrome del intestino irritable (Colon Polyps)
(Colon Cancer) (Irritable Bowel Syndrome)
 Diverticulitis (Diverticulitis) Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease) Colitis
Ulcerosa (Ulcerative Colitis)
(Hysterectomy)
 Bypass de la Arteria Aneurisma Aórtico Reemplazo de válvulas
Coronaria Gráfica (Coronary Artery Bypass Grafting) Aneurisma Aórtico (Aortic Aneurysm Repair) Reemplazo de válvulas
Cardíacas (Heart Valve Replacement Surgery)
 Reemplazo de articulaciones (Joint Replacement) Cirugía de la espalda (Back
Surgery) Fibromialgia (Fibromyalgia) Otro (Other): _____ Otro (Other):

arterias coronarias (Coronary Artery Disease) Hipertensión
(High Blood Pressure) Enfermedad de las valvulas del corazon
(Heart Valve Disease)
 Fibrilación Auricular (Atrial Fibrillation)
Congestiva (Congestive Heart Failure)
 Enfermedad Vascular (Vascular Disease)
(Tubal Ligation)
(Exploratory Abdominal Surgery) Atadura de Hemorroides Abdominoplastia
 Enfermedad Celíaca (Celiac Disease) Obstrucción intestinal (Bowel obstruction)

Cardiología (Cardiology)

Enfermedad de las Válvulas Enfermedad de la Válvula Insuficiencia Cadiaca
 Ataque de corazón (Heart Attack)
 Colesterol Alto (High Cholesterol)

- Implante Valvular (Valvular Disease Implant)
 Marcapaso Desfibrilador (Pacemaker) (Defibrillator)
 Stent/Cateterismo Cardíaco (Cardiac
 Catherization/Stent)
 Reflujo/GERD
 Hepatitis B
 Cirrosis (Cirrhosis)
 Pancreatitis (Pancreatitis) Anemia Otro (Other): _____
 Barret Esófago (Barretts Esophagus) Enfermedad de Úlcera (Ulcer Disease) Hepatitis C
 Enfermedad del Hígado Grasoso (Fatty Liver Disease)
 Ataque Isquémico Transitorio (Transient Ischemic Attack)
 Stent Coronario (Coronary Stent)
 (Stroke)
 Marcapaso (Pacemaker) Otro (Other): _____

Neumología (Pulmonology)

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

Otro (Other)

- Trastorno de Ansiedad Artritis
 (Anxiety Disorder) Cáncer del Seno
 (Breast Cancer) Fibromialgia
 (Fybromyalgia) Hipotiroidismo (Hypothyroidism)
 Cáncer Ovario (Ovarian Cancer) Convulsiones
 (Seizures)
 (Wheezing) (Blood Transfusions)

Historial Social (Social History)

Estado Marital (Marital Status)

- Otro Tipo de Cáncer
 (Kidney Disease) Cáncer del Próstata
 (Kidney Stones) Trastorno Bipolar Piercings (Bipolar Disorder) (Body Piercings)
 (Athritis)
 Embarazo Actual Depresión Diabetes
 (Current Pregarancy) (Depression)
 Gota Exposición al VIH Infección por VIH
 (Gout) (HIV Exposure) (HIV Infection) Enfermedad en el Riñón Piedras en los Riñones
 Cáncer de Pulmón (Lung Cancer)
 Infecciones Recurrentes (Recurrent Infection)
 Soltero (a) (Single) Casado (a) (Married) Divorciado(a) (Divorced) Separado
 (Seperated) 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)

(Other Cancer)

Cáncer en la Piel Tatuajes Otro (Other): _____

(Skin Cancer) (Tattoos)

(Prostate Cancer)

Cafeína (Caffeine)

Niguno (None)

De vez en cuando (Occasionally) Diario (Daily)

Estado de Fumar Tabaco (Tobacco Smoking Habits)

Actual Fumo Diario Fumo Algunos Días (Current Every day Smoker) (Current Someday Smoker)

Tipo (Type)

Ex-Fumador (Former Smoker)

Nunca he Fumado (Never Smoked)

Cigarillos (Cigarettes)

Cigarro

(Cigar)

Tabaco de Mascar (Chewing Tobacco)

Consumo de Drogas (Drug Use)

Nada (None)

IV o Drogas internasal actualmente IV o Drogas internasal en el Pasado (IV or internasal drugs currently) (IV or Internasal 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 Hisroty)

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) Cáncer del Estómago (Stomach Cancer)

Diagnóstico de:

Enfermedad Celíaca (Celiac Disease) Cáncer del Colon (Colon Cancer)

Pólipos de Colon (Colon Polyps) Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease) Enfermedad

Vesicular (Gallbladder Disease) Enfermedad Hepática (Liver Disease) Colitis Ulceros (Ulcerative Colitis)

Cáncer del Estómago (Stomach Cancer) Otro (Other):

Pólipos (Polyps)

Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)

Mamá Papá Hermana Hermano Abuela Abuelo

Revisión del sistema

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

Sí

Ninguno (None)

Reacciones Alérgicas (Allergic Reactions) Infecciones Actuales (Current Infections)

***Cardiovascular* (Cardiovascular)**

Ninguno (None)

Dolor en el Pecho (Chest Pain) Latidos Irregulares del Corazón (Irregular Heart Beat)

Palpitaciones (Rapid Heart Rate/Palpitations) Hinchazón de Tobillos (Ankle Swelling)

***Constitucional* (Constitutional)**

Ninguno (None)

Fiebre (Fever) Falta de Apetito (Loss of Appetite) Pérdida de Peso (Weight Loss)

***Oído, Nariz, Boca y Garganta* (ENMT)**

Ninguno (None)

Sangramiento de Nariz (Nose Bleeds) Pérdida de la Visión (Loss of Vision)

Ronquera (Hoarsness) Llaga en la boca (Mouth Sores)

Sí

***Alérgico/Inmunológico* (Allergic/Immunologic)**

***Gastrointestinal* (Gastrointestinal)**

Ninguno (None)

Dolor Abdominal (Abdominal Pain) Hinchazón Abdominal (Abdominal Swelling)

Cambio en los hábitos Inestinales

(Change in Bowel Habits)

Entreñimiento (Constipation) Diarrea (Diarrhea) Gas Acidez (Heartburn)

Náusea (Nausea) Sangrado Rectal (Rectal Bleeding) Calambres en el Estómago

(Stomach Cramps) Vómitos (V omitting) Dificultad para Tragar (Difficulty Swallowing)

Coloración amarillenta de la piel ***Genitourinario* (Genitourinary)**

Ninguno (None)

Sangre en la Orina (Blood in Urine) Recientes Oscurecimiento de la Orina (Recent Darkening of Urine)

***Endocrino* (Endocrine)**

Ninguno (None)

Sed Excesiva (Excessive Thirst) Intolerancia al Frio y Calor (Heat & 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)