

Fresno Gastroenterology

A member of Community Foundation Medical Group & Part of
Santé Health Foundation

7095 N. Chestnut, #101, Fresno, CA 93720
Ph. 559-323-8200 Fax: 559-323-9200

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Patient #: _____

Historial médico / quirúrgico / social anterior

Historial médico pasado. Por favor revise todas las enfermedades o condiciones anteriores

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Esófago de Barrett | <input type="checkbox"/> Hemofilia o trastorno
hemorrágico | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad prostática |
| <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca
congestiva | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Embolio |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del colon | | <input type="checkbox"/> ataque isquémico transitorio |
| | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Historia quirúrgica. Compruebe por favor cualquier cirugía que usted ha tenido e indique la fecha si está sabido.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de fractura | <input type="checkbox"/> Cirugía de intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica | <input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de columna
vertebral |
| <input type="checkbox"/> Reparación de la vejiga | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> Colostomía extirpada |
| <input type="checkbox"/> Cirugía mamaria | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la
articulación | <input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva alta |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Extirpación del ovario | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | <input type="checkbox"/> Cirugía de páncreas | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Historia social

- ¿Fumas? No Si Si es así, ¿cuántos paquetes al día? _____
- ¿Bebe Alcohol? No Si En caso afirmativo, ¿cuánto por semana? _____
- ¿Utiliza tabaco sin humo? No Si Si es así, ¿cuánto por semana? _____
- ¿Ha usado drogas intravenosas? No Si
- ¿Tiene tatuajes? No Si