

EASTERN PENNSYLVANIA GASTROENTEROLOGY AND LIVER SPECIALISTS, P.C.

Complete este formulario antes de su visita a nuestro consultorio.

Fecha de hoy: _____
 Nombre del paciente: _____ Apellido de soltera (si corresponde) _____
 Dirección postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____
 Teléfono celular: _____ Teléfono residencial: _____
 No. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: M ___ F___
 Raza: ___ Asiático ___ Originario de Hawái ___ Otro isleño del Pacífico ___ Negro/afroamericano
 ___ Blanco ___ Más de una raza ___ No declarado/el paciente rehusó compartir esta información
 Grupo étnico: ___ Hispano/latino ___ No hispano/latino ___ No declarado/el paciente rehusó compartir esta información
 Idioma de preferencia: _____
 Derivado por: _____ Médico de cabecera: _____
 Motivo de la consulta: _____

MEDICAMENTOS – Indique todos los medicamentos que está tomando en la actualidad, con y sin receta, incluidos: aspirina, vitaminas, hierbas, suplementos dietéticos, calcio, laxantes, gotas oculares, etc. (adjunte páginas adicionales si es necesario)

Farmacia de preferencia _____ Teléfono: _____
 Farmacia por correo _____ Teléfono: _____

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Ocasional	Motivo de uso

Historial médico

Artritis/gota.....	No	Sí	Otro: _____
Fibrilación auricular.....	No	Sí	Hospitalizaciones previas: _____
Asma/EPOC.....	No	Sí	_____
Tendencia al sangrado.....	No	Sí	_____
Problemas respiratorios.....	No	Sí	_____
Cáncer.....	No	Sí	_____
Diabetes.....	No	Sí	_____
Fibromialgia.....	No	Sí	_____
GERD	No	Sí	_____
Insuficiencia cardíaca/ataque cardíaco....	No	Sí	_____
Antecedentes de pólipos de colon.....	No	Sí	_____
Antecedentes de diverticulitis.....	No	Sí	_____
Antecedentes de coágulos.....	No	Sí	_____
Hipertensión.....	No	Sí	_____
Colesterol alto.....	No	Sí	_____
Cálculos renales.....	No	Sí	_____
Migrañas.....	No	Sí	_____
Insuficiencia renal.....	No	Sí	_____
Apnea del sueño.....	No	Sí	_____
Convulsiones.....	No	Sí	_____

Historial médico, continuación:

