



Formulario de entrevista con el paciente

Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____
 No. Historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____

Correo electrónico

Marque uno como su correo electrónico preferido para las comunicaciones

Personal: _____ Laboral: _____

Etnicidad

Hispano o Latino No Hispano o Latino El paciente no desea especificar Prohibido por ley estatal

Raza

Seleccione una o más

Blanca Negro o afroamericano Asiático Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
 Desconocido El paciente no desea especificar Prohibido por ley estatal

Idioma preferido

Inglés Coreano Español; Castellano El paciente no desea especificar

Preferencia de contacto

Llamada telefónica Portal El paciente no desea especificar Otro: _____

Alergias

El paciente no tiene alergias El paciente no tiene alergias
 Aspirina Cipro Codeína Demerol Fentanyl
 Flagyl Iodo Tinte Levaquin Morfina
 Penicilinas Versado Sulfa Huevos Látex
 Nueces Mariscos Manifestaciones/reacciones: _____ Otro: _____

Vacunas

Ninguno

Indique suplementos herbales:

Procedimientos de gastroenterología previos

- Ninguno
 Colonoscopia EGD/Endoscopia superior ERCP Ecografía endoscópica/EUS Cápsula de intestino delgado
 Biopsia de hígado Otro: _____

Procedimientos quirúrgicos

- Ninguno
 Apendectomía coronaria Cesárea Cirugía de catarata Resección de colon Bypass de arteria
 Coronario/Stent Desfibrilador Extirpación de vesícula Bypass gástrico Reemplazo/reparación de válvula cardíaca
 Hemorroidectomía Cirugía de hernia hiatal (por reflujo) Histerectomía, parcial (ovarios intactos) Histerectomía, total (extirpación de ovarios) Cirugía de hernia inguinal (ingle)
 Cirugía/reemplazo de articulación Banda gástrica Trasplante de hígado Mastectomía Marcapasos
 Prostatectomía Amigdalectomía Ligadura de trompas Cirugía de úlcera Hernia umbilical (ombligo)

Otro: _____

Antecedentes sociales

Ocupación: _____

Estado civil

- Solter Casado Divorciado Separado Viudo
 Otro

Alcohol

- Ninguno
 Menos de 7 tragos por semana Más de 7 tragos por semana Deje de tomar alcohol

Tabaco

- Condición de fumador** Fumador diario Fumador ocasional actual Ex fumador Nunca fumó
 Fumador, estado actual desconocido Fumador de tabaco liviano Fumador de tabaco pesado Se desconoce si fumó alguna vez
 Cigarro Masca tabaco

Consumo de drogas

- Ninguna
 Consumí drogas recreativas Consumo actualmente drogas recreativas Me sometí a tratamiento por abuso de sustancias

Firma

Firma

Fecha