

Pavani Muddasani, MD

Texas Health Care, P.L.L.C.
508 S. Adams St, Suite 202
Fort Worth, Texas 76104

Phone #: (817) 877-3446

Fax #: (817) 377-6553

POR FAVOR DE LLENAR ESTAS FORMAS COMPLETAMENTE

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero De Celular: _____ Numero Alternativo _____

Correo Electronico : _____ o Ninguno _____

Razon de su visita?: _____

Doctor De Cabecera : _____ Numero _____

Gastroenterologo Previo: _____ Numero _____

Medicinas: (Incluyendo prescripcion, de mostrador, hierbas y vitaminas)

	Nombre de Medicamento	Dosis	Horario o Frecuencia
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

Por favor de nombrar todos los medicamentos al cual usted es alergico (a), incluya la reaccion que tiene (por ejemplo, nausea vomito, erupcion, dolor de cabeza, etc.)

O No Alergico (a) a Medicamentos Conocidos _____

Cual es su farmacia preferida? _____ Numero de Farmacia _____

Direccion de Farmacia: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Alguna vez ha sido diagnosticado (a) con alguno de los siguientes?					
SI	NO		SI	NO	
		Alta Presion			Pancreatitis
		Ataque al Corazon			Amarillamiento de la piel
		Derrame Cerebral			Enfermedad Hepatica Cual Tipo? Hepatitis ___
		Fiebre Reumatica			Enfermedad Renal (Riñones)
		Asma			Gota (Inflamacion de Articulaciones)
		EPOC : Enfisema			Degeneracion de Articulaciones
		Tuberculosis o Exposicion			Artritis Que Tipo?:
		Ulcera Peptica			Epilepsia / Convulsiones
		GERD (Reflujo Gastroesofagico)			Tiroides
		Hernia Hiatal			Anemia
		Enfermedad de Crohn			Cancer En que parte?
		Colitis Ulcerosa			Depresion
		Sindrome Intestino Irritable			Escarlatina o Scarlet Fever
		Colesterol Alto			Diabetes
		Insuficiencia Cardiaca Congestiva			Otro:
		Latidos Irregulares de Corazon			Mammograma? Fecha: _____
_____	_____	Polipos en el Colon _____			Vacuna de Neumonia? Año: _____
		VIH/ SIDA			

Ha tenido alguna de las siguientes cirugias?							
SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA	
			Apendicectomia				Vasectomia
			Amigdalectomia				Histerectomia
			Adenoidectomia				Ovarios Removidos
			Vesicula Removida				Cesarea
			Operacion del Corazon				Colonoscopia
			Reparacion de Hernia				Endoscopia
			Ligadura de Trompas				Otro:

Quien hizo su Endoscopia / Colonoscopia? _____

En que lugar ocurrio? _____

Otra ocasion que fue hospitalizado (a) _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Historial Familiar: **Desconocido O (Adoptado (a))**

Padres:	Edad	Vivo	Fallecido	Problemas de Salud
Madre				
Padre				
Hermanos:				
Hermanas:				
Hijos (a):				

En su familia inmediata, hay historial de:

Polipos en el Colon? SI / NO Relacion: _____

Cancer del Colon? SI / NO Relacion: _____

Enfermedad Hepatica? SI / NO Relacion: _____

Historia Social:

Usted bebe alcohol? SI / NO Cerveza___ Vino___ Licor___

Si su respuesta fue si, cuantas se toma en un día _____, semana _____ o mes _____?

Si su respuesta fue no, tomaba alcohol antes? SI / NO

Si fue asi, cuando dejo de tomar? _____

Usted toma cafeina? SI / NO Si su respuesta fue si, que toma? **Cafe, Te, Soda, Chocolate** Y cuanto? _____

Alguna vez ha usado o fumado el tabaco? SI / NO

Si su respuesta fue si, que tipo Cigarrillo / Cigaros / Al Vapor? Cuanto? _____

Si fumaba antes, a que edad empezo? _____ detuvo? _____

Alguna vez ha intentado dejar de fumar? SI / NO Cuando? _____ Por cuanto tiempo? _____ Dias / Semanas / Meses

Por que volvio a fumar de nuevo? _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Preguntas sobre el Riesgo de Hepatitis:

Si usted ha experimentado algunos de los siguientes eventos o condiciones por favor marque "si" en la caja.

- Consumo I.V. de Drogas (inyeccion con agujas, aunque fuera solamente una vez)
- Consumo Nasal de Drogas, como la cocaína
- Perforacion en el cuerpo (aretes)
- Tatuaje
- Recibio sangre o plasma mediante una transfusion antes de 1992
- Trabaja en cuarto de emergencias, cuarto de operacion, oficina de doctor o banco de sangre
- Enfermedad de transmision sexual

Si No No Estoy Seguro (a)

Usted a tenido algunos de los siguientes sintomas RECIENTEMENTE?

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
		Escalofrios			Diarrea			Dolor de Cabeza
		Fiebre			Dificultad en ingerir			Entumecimiento
		Fatiga			Ardor De Estomago			Temblor
		Bajo de peso			Vomitado Sangre			Ansiedad
		Vision Doble			Sangre en excremento			Depresion
		Infeccion del Oido			Perdida de Apetito			Estres Incrementado
		Dolor en el Ojo			Excremento Negro			Colmenas
		Congestion Nasal			Nauseas			Llagas en la Piel
		Sinusitis			Reflujo de Acido			Erupcion en la Piel
		Dolor de Garganta			Vomito			Dolor de Espalda
		Falta de Aliento			Dolor al orinar			Dolor de Musculos
		Tos Frecuente			Sangre en la Orina			Dolor en las Atriculaciones
		Dolor al Respirar			Orina Frecuentemente			Sangra Facilmente
		Dificultad al Respirar			Incontinencia Orinaria			Aparicion Facil de Moretones
		Dolor de Pecho			Retencion Orinaria			Enfermedad de Linfaticos
		Hinchazon en Piernas			Intolerancia al Frio			Asma
		Palpitaciones			Sed Excesiva			Alergias a Comida
		Dolor Abdominal			Intolerancia al Calor			Inmunosupresion
		Estreñimiento			Mareos			Alergias Estacionales

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____