

**Forma de Historia Paciente Nuevo Gastroenterología**

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Numero Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Referente Medico \_\_\_\_\_ Primario Medico \_\_\_\_\_

**Queja Y Enfermedad Actual**

Lista los síntomas \_\_\_\_\_ *Si los síntomas incluyen dolor, por favor circule las que mejor describen su dolor:*

Dolorido Ardor Continua Calambres Hondo Punzante Gradual Intermitente

Suave Modérate Periódico De Repente Constante Superficial Otros \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_ Anos \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Locación del dolor: Derecho Superior | Derecho Inferior | Izquierdo Superior | Izquierdo Inferior | El Centro

Fecha síntomas comenzaron \_\_\_\_\_

Frecuencia de síntomas \_\_\_\_ x por Día| Meses| Anos- Constante Intermitente Ocasional Raro Recurrente Otro \_\_\_\_\_

Intensito de síntoma (s) Insoportable Mejorando Suave Modérate Severo Otro \_\_\_\_\_

¿Como empezó síntoma? \_\_\_\_\_ ¿Como progresan los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué causa el síntoma? \_\_\_\_\_ ¿Qué lo hace peor? \_\_\_\_\_

¿Qué lo alivia? \_\_\_\_\_ Asociados síntomas \_\_\_\_\_

¿Recientemente en el año pasado ha tomado algún antibiótico? Si/No ¿Cuándo y que antibióticos? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

*Lista todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluye todos los medicamentos sin receta.*

Nombre del medicamento (Genérico/Marca)	Fuerza/Dosis	Frecuencia	Razón de medicación

**ALERGIAS**

*Lista de alergias incluyendo cualquier medicamento que causo una reacción alérgica.*

Lista de todas las alergias	Describir una reacción alérgica

**HISTORIAL MEDICO PASADO**

*Por favor proporcione una historia completa incluyendo todas las enfermedades, heridas, hospitalizaciones y operaciones*

Lista de todas las cirugías	Fecha	Hospital	Tratamiento	Doctor	Respuesta al tratamiento

**PROBLEMAS MEDICOS**

*Por favor indique cualquier problema médico pasado o actual.*

Fecha de última Colonoscopia/Endoscopia Gastrointestinal Superior?	Fecha del último análisis de sangre y que medico?

**HISTORIA FAMILIAR**

*Por favor lista todos los familiares de sangre con su estado de salud y cualquier enfermedad que han tenido o tienen.*

Parientes de lista	Salud actual	Edad, si vive	Edad, a la muerte	Causa de la muerte	Enfermedades
Padre					
Madre					
Hermano(s)					
Hermana (s)					

**HISTORIA SOCIAL**

*Por favor, marque todas las que se aplican.*

Estrés mental: Liviano Moderado Pesado	Horas diarias: ____	Fumar: Nunca Corriente Antes
--	---------------------	------------------------------

<b>Trabajo físico:</b> Liviano Moderado Pesado	<b>Horas diarias:</b> _____	<b>Caféina:</b> Nunca Tazas por día _____
<b>Ejercicio:</b> Tipo de ejercicio _____	Liviano Moderado Pesado	<b>Horas diarias:</b> _____
<b>Alcohol:</b> Nunca Cerveza__  El Licor __  Vino __	<b>Bebidas por semana:</b> _____	<b>Cuántos años</b> _____

**REVISION DE LOS SINTOMAS**

*Marque solo los que tiene ahora o ha tenido recientemente. Marque ninguno cuando sea aplicable*

<b>SINTOMAS GENERALES</b> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Sentirse cansado o (malestar) <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad	<b>SINTOMAS CUTANEOS</b> <input type="checkbox"/> Lesiones de piel <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Piel seca <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados con la piel _____	<b>SINTOMAS DE LA CABEZA</b> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor facial <input type="checkbox"/> Dolor del seno <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados con la cabeza _____	<b>SINTOMAS DE CUELLO</b> <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dureza de cuello <input type="checkbox"/> Bulto o hinchazón en el cuello <input type="checkbox"/> Ampliación bajo la manzana de Adán <input type="checkbox"/> Dolores musculares en el cuello o el hombro <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados con el cuello _____	<b>SINTOMAS DE SENOS</b> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Secreción del pecho <input type="checkbox"/> Tumor mamario <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados con los pechos _____
<b>SINTOMAS OTOLARYNGEAL</b> <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Secreción de oído <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Comezón de oído <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Sensación de mareo <input type="checkbox"/> Estornudo <input type="checkbox"/> Goteo nasal o drenaje <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal <input type="checkbox"/> Secreción nasal	<input type="checkbox"/> Sequedad de la boca <input type="checkbox"/> Ulceras en la boca <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Dolor de dientes <input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Gustos peculiares, sin relación a la alimentación <input type="checkbox"/> Sentido de gusto disminuido <input type="checkbox"/> Ronquedad <input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Ahogar <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados de otolaryngeal _____	<b>SINTOMAS DE LOS OJOS</b> <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Ojos rojos <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos ardiendo <input type="checkbox"/> Hinchazón alrededor de los ojos <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Ojos secos <input type="checkbox"/> Secreción acuosa de los ojos <input type="checkbox"/> Otro síntomas relacionados con los ojos _____	<b>SINTOMAS PULMONAR</b> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Expectorcación con sangre <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Tos con flema <input type="checkbox"/> Sensación de congestión en el pecho <input type="checkbox"/> Otro síntomas relacionados pulmonar _____
<b>SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho y Incomodidad <input type="checkbox"/> Cardíaca rápida <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Frio en los pies y las manos <input type="checkbox"/> Color azul en los pies y las manos <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Regional soft tissue swelling both lower extremities <input type="checkbox"/> Dolor in las piernas/color azul en las extremidades <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados cardiovasculares _____	<b>SINTOMAS DE LA SANGRE</b> <input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Hinchazón de las glándulas del cuello <input type="checkbox"/> Hinchazón de las glándulas del cuello/doloroso <input type="checkbox"/> Tendencia a formar hematomas fácilmente <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado <input type="checkbox"/> Tomando anticoagulantes <input type="checkbox"/> Tomar aspirina <input type="checkbox"/> Reciente cambio en la dosificación de medicamentos anticoagulantes <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados de la sangre _____	<b>LOS SINTOMAS GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Distensión abdominal <input type="checkbox"/> Eructos <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Aumento en evacuación <input type="checkbox"/> Disminución en evacuación <input type="checkbox"/> El estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor en el recto <input type="checkbox"/> Flatulencia <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito <input type="checkbox"/> Excremento color negro o sangre en el excremento <input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados de gastrointestinales _____		
<b>SINTOMAS GENTOURINARIO</b> <input type="checkbox"/> Sentimientos de urgencia urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria sin percepción sensorial <input type="checkbox"/> Dolor en el flanco <input type="checkbox"/> Aumento de la frecuencia urinaria <input type="checkbox"/> Sensación de ardor <input type="checkbox"/> Incapaz de contener la micción durante la noche mientras dormir <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Dolor al orinar (Disuria) <input type="checkbox"/> Lesión genital <input type="checkbox"/> Secreción uretral anormal <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados de genitourinario _____	<b>SINTOMAS MUSCOLOESQUELETICOS</b> <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones, localizados <input type="checkbox"/> La rigidez articular, localizada <input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones, localizada <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Movimientos involuntarios, las fasciculaciones musculares <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados de musculoesqueleticos _____	<b>SINTOMAS NEUROLOGICOS</b> <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Débil de fuerza de manos <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Alteraciones de movimientos <input type="checkbox"/> Alteraciones sensoriales <input type="checkbox"/> Lapsos de memoria o la pérdida <input type="checkbox"/> Disminuye en la capacidad de concentración <input type="checkbox"/> Confuso y desorientado <input type="checkbox"/> Caminar arrastrando <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otros síntomas relacionados neurológicos _____		

**SINTOMAS PSICOLOGICOS**

- Trastornos del sueño
- Ansiedad
- Depresión
- Muy Irritable
- Pensar en el suicidio
- Las alucinaciones
- Ataques de ansiedad
- Cambios en el libido
- Otros síntomas relacionados psicológicos
- Other Psychologicaloms \_\_\_\_\_

**LOS SINTOMAS ENDOCRINOS**

- Sudoración excesiva
  - Sed excesiva
  - Pérdida de peso reciente ( \_\_\_\_ libras)
  - Reciente aumento de peso ( \_\_\_\_ libras)
  - Intolerancia al calor temperatura (consistente)
  - Alternativamente intolerancia temperatura demasiado caliente o demasiado frío
  - Otros síntomas relacionados con Endocrino
- \_\_\_\_\_