



320 Lillington Ave
Suite 101
Charlotte, NC 28204-3189

Phone: 704.362.4403
Fax: 704.362.4405

Por favor, llene el siguiente formulario completamente para que podamos obtener la información necesaria para nuestros archivos e información general sobre su problema médico. De este modo, más tiempo estará disponible para que usted pueda hablar con el médico en el momento de su visita. Toda la información es mantenida en estricta confidencialidad y no será divulgada a nadie sin su consentimiento por escrito.

INFORMACION DEL PACIENTE

Medico que lo refiere: _____ Fecha: _____
 Medico primario: _____ # de Telefono: _____
 Nombre: _____ # de Telefono: _____
 Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Telefono de casa: _____ Celular: _____ Sexo: _____ Raza: _____
 Ocupacion: _____ Empleador: _____ SSN: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telf de oficina: _____
 Correo Electronico: _____ Telefono: _____

ALERGIAS: Por favor escriba alguna alergia que tenga:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Por favor, marque sí o no a cada artículo para los miembros de la familia solamente. En caso afirmativo, indique su relación con usted en la línea provista.

			Relationship				
Anemia	SI	No	_____	Calculos Bilares	SI	No	_____
Cancer al Ceno	SI	No	_____	Enfermedad al Corazon	SI	No	_____
Enfermedad Celica	SI	No	_____	Hemocromatosis	SI	No	_____
Cancer Cervical	SI	No	_____	Hepatitis C	SI	No	_____
Cirrosis del Hgado	SI	No	_____	Intestino Irritable	SI	No	_____
Cancer al Colon	SI	No	_____	Cancer a los Ovarios	SI	No	_____
Polipis en el Colon	SI	No	_____	Cancer al Pancreas	SI	No	_____
Enfermedad Crohn's	SI	No	_____	Pancreatitis	SI	No	_____
Diabetes	SI	No	_____	Enfermedad Ulcerosa	SI	No	_____
Cancer al Esófago	SI	No	_____	Colitis Ulcerosa	SI	No	_____
Cancer Gastrico	SI	No	_____	Cancer Uterino	SI	No	_____

SU HISTORIAL MEDICO: Por favor marque sí o no a cada artículo para usted.

CANCER

Cancer al Ceno	SI	NO
Cancer Cervical	SI	NO
Cancer al Colon	SI	NO
Cancer al Esófago	SI	NO
Leucemia	SI	NO
Cancer al Hígado	SI	NO
Linfoma	SI	NO
Cancer a los Ovarios	SI	NO
Cancer al Páncreas	SI	NO
Cancer a la Prostata	SI	NO
Cancer al Estómago	SI	NO
Cancer Uterino	SI	No

RENAL

Dialisis	SI	NO
Insuficiencia Renal	SI	NO

MUSCULOESQUELETICOS

Fibromialgia	SI	NO
Gota	SI	NO
Lupus	SI	NO
Osteoartritis	SI	NO
Osteoporosis	SI	NO
Reynaud's	SI	NO
Reuma Articular	SI	NO
Esclerodermia	SI	NO
Deficiencia Mental Severa	SI	NO

PSYCHOLOGICAL

Anciedad	SI	NO
Bipolar	SI	NO
Depresion	SI	NO
Desorden Compulsivo	SI	NO
Esquisofrenia	SI	NO

HIGADO

Cirrosis	SI	NO
Hígado graso	SI	NO
Hemocromatosis	SI	NO
Hepatitis A	SI	NO
Hepatitis B	SI	NO
Hepatitis C	SI	NO
Ictericia	SI	NO

CORAZON

Angina	SI	NO
Insuficiencia Cardiaca	SI	NO
Endocarditis	SI	NO
Infarto al Corazon	SI	NO
Valvulas del Corazon	SI	NO

HEART (continuación)

Presion de la Sangre Alta	SI	NO
Prolapso de la Valvula Mitral	SI	NO
Palpitaciones	SI	NO
Fiebre Reumatica	SI	NO

SANGRE

Anemia	SI	NO
Hemorragias	SI	NO
Melanoma	SI	NO
VonWillebrands	SI	NO

INTEGUMENTARIO

Eccema	SI	NO
Melanoma	SI	NO
Psoriasis	SI	NO

NEUROLOGICO

Alzheimer	SI	NO
Aneurismo Cervical	SI	NO
Migrañas	SI	NO
Miastenia	SI	NO
Convulsiones	SI	NO
Accidente cerebrovascular	SI	NO

RESPIRATORIO

Asma	SI	NO
Emfisema	SI	NO
Insomnio	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO

GASTROINTESTINAL

Angiodisplacia	SI	NO
Esofago Barrett's	SI	NO
Enfermedad Celiaca	SI	NO
Polipos en el Colon	SI	NO
Enfermedad Crohn	SI	NO
Diverticulitis	SI	NO
Diverticulosis	SI	NO
Hemorroides	SI	NO
Intestino Irritable	SI	NO
Pancreatitis	SI	NO
Enfermedad Ulcerosa	SI	NO
Reflujo	SI	NO
Colitis Ulcerosa	SI	NO

ENDOCRINOLOGO

Diabetes, Tipo I (falta de insulina)	SI	NO
Diabetes, Tipo II (pastillas necesarias)	SI	NO
Enfermedad de la Tiroides	SI	NO

CIRUGIAS: Por favor marque sí o no a cada artículo. En caso afirmativo, indique la fecha en la línea provista.

			Fecha
GASTROINTESTINAL			
Apendectomia	SI	NO	_____
Endoscopia	SI	NO	_____
Colecistectomia (extirpación de la vesicula)	SI	NO	_____
Cirujia al Colon	SI	NO	_____
Colonoscopia	SI	NO	_____
ERCP	SI	NO	_____
EUS	SI	NO	_____
Marca Pasos Gastrico	SI	NO	_____
Cirujia Gastrica	SI	NO	_____
Hernia Hiatal	SI	NO	_____
Hernia Inguinal	SI	NO	_____
Manometria	SI	NO	_____
Cirujia Pancreatica	SI	NO	_____

Esplenectomia	SI	NO	_____
Cirujia para adherencias intestinales	SI	NO	_____
Hernia Umbilical	SI	NO	_____
Endocopia Alta EGD	SI	NO	_____

GYNECOLOGIA

Cesaria	SI	NO	
Histerectomia (Abdominal)	SI	NO	
Histerectomia (Vaginal)	SI	NO	
Mastectomia (derecha)	SI	NO	
Mastectomia (Izquierda)	SI	NO	
Mastectomia	SI	NO	
Extirpacion del Ovario (derecho)	SI	NO	
Extirpacion del Ovario (izquierdo)	SI	NO	
Extirpacion de los Ovarios	SI	NO	

HISTORIAL SOCIAL:

Estatus Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado _____

Uso del Tabaco:
 ___ No historial de Tabaco
 ___ Historial de Tabaco
 ___ Paquetes al dia
 ___ Años de uso
 ___ Año de terminacion

Uso del Alcohol:
 ___ No historial de Alcohol
 ___ Historial del uso del Alcohol
 ___ Vasos al dia
 ___ Vasos a la semana
 ___ Vasos Ocasionales
 ___ Historial de Alcolismo

Uso de Drogas:
 ___ No historial Drogas
 ___ Historial de uso de Drogas
 ___ Abuso de Drogas
 ___ Marijuana
 ___ Cocaína
 ___ Año de terminación

GU

			Fecha
Cirujia a la Vesicula	SI	NO	_____
Cistectomia del conducto ileal	SI	NO	_____
Extirpacion de los riñones	SI	NO	_____
Extirpacion de la Prostata	SI	NO	_____
Radiacion de la Prostata Cancer	SI	NO	_____
TURP	SI	NO	_____

CARDIO

Aneurisma Abdominal	SI	NO	_____
Angioplastia	SI	NO	_____
CABG (Marca Pasos)	SI	NO	_____
Caterizacion Cardiaca	SI	NO	_____
Marca Pasos FemPop (Aterias en las Piernas)	SI	NO	_____
Remplazo de Valvula Cardiaca	SI	NO	_____
Marcapasos	SI	NO	_____
Desfibrilador	SI	NO	_____

OTHER

REVISION DE LOS SISTEMAS: Por favor marque sí para cada síntoma o una enfermedad diagnosticada por usted durante los últimos 2 meses. Encierre no para todos los demás.

GENERAL

Perdida de Apetito	SI	NO
Fatiga	SI	NO
Fiebre	SI	NO
Sudores Nocturnos	SI	NO
Subida de peso en los últimos 3 meses _____ peso	SI	NO
Perdida de peso en los últimos 3 meses _____ peso	SI	NO
Estresado	SI	NO
Dolores del ojo	SI	NO

PIEL

Erupciones en la piel	SI	NO
-----------------------	----	----

ENT

Ronquera	SI	NO
Ulceras Orales	SI	NO
Cambios de la voz	SI	NO
Dolor de Cabeza	SI	NO
Problemas con la Vision	SI	NO
Perdida de la visión	SI	NO
Doble Vision	SI	NO
Vision Borrosa	SI	NO

HEMATOLOGIA

Agrandamiento de Gangleos Linfaticos	SI	NO
Sangrado Prolongado	SI	NO

GENITOURINARIO

Sangre en la Orina	SI	NO
Dolor al orinar	SI	NO

RESPIRATORY

Toz	SI	NO
Falta de respiración	SI	NO
Silbidos	SI	NO

CARDIOVASCULAR

Dolor al Pecho	SI	NO
Edema/ Calores	SI	NO

Dificultad de respirar al acostarse	SI	NO
Palpitaciones	SI	NO
Falta de respiracion	SI	NO

NEUROLOGICO

Incontinencia Fecal	SI	NO
Entumecimiento	SI	NO
Debilidad	SI	NO

GASTROINTESTINAL

Estreñimiento Constante	SI	NO
Dolor al Defecar	SI	NO
Heces palidas, grasosas, aceitosas	SI	NO
Mucosidad en las heces	SI	NO
Diarrea frecuente	SI	NO
Heces negros o pegajosos	SI	NO
Sangre en los Heces	SI	NO
Vomito frecuente	SI	NO
Sangre en el vomito	SI	NO
Inchazon, eructos o gas excesivo	SI	NO
Dolor al tragar	SI	NO
Frecuente indigestión	SI	NO
Frecuente dolor de barriga	SI	NO
Cambios recientes en el movimiento de los intestinos	SI	NO
Iclericia	SI	NO

