

Center for Digestive Health  
Base De Datos



Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Cual es su problema o la razon por la que nos visita hoy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. Datos de su vida social:**

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nombre de su esposo (a): \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Ocupacion de su esposo (a): \_\_\_\_\_

Numero de hijos: \_\_\_\_\_

A quien podemos contactar en emergencias: \_\_\_\_\_

**2. Quien es su medico primario:** \_\_\_\_\_ **Otros Medicos:** \_\_\_\_\_

**Quien es su gastroenterologo anterior:** \_\_\_\_\_

**3. Otros problemas digestivos que usted a tenido:**

a- \_\_\_\_\_

b- \_\_\_\_\_

c- \_\_\_\_\_

d- \_\_\_\_\_

e- \_\_\_\_\_

**4. Su historia medica pasada incluye enfermedades de: (marque las positivas)**

Presion alta \_\_\_\_\_ Enf. De pulmones \_\_\_\_\_ Artritis \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Stroke o derrame \_\_\_\_\_

Corazon \_\_\_\_\_ Tiroides \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_

Enf de valvulas \_\_\_\_\_ Coagulacion \_\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_

Valvula Mitral \_\_\_\_\_ Rinones \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_

**5. Que cirugias a tenido y cuando:**

1- \_\_\_\_\_ 4- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ 5- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_ 6- \_\_\_\_\_

**6. Mencione todos los medicamentos que usted esta tomando:**

1- \_\_\_\_\_ 5- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ 6- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_ 7- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_ 8- \_\_\_\_\_

**7. Sufre usted de alguna alergia (mencione medicamentos o cualquier sustancia)**

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

**8. Historia Medica Familiar:**

- |                    |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ Presion alta | _____ Colitis Ulcerativa | _____ Cancer de colon    |
| _____ Diabetes     | _____ Enf. De Crohn      | _____ Pancreatitis       |
| _____ Corazon      | _____ Ulcera estomago    | _____ Cancer de pancreas |
| _____ Asma         | _____ Vesicula biliar    | _____ Hepatitis          |
| _____ Enfisema     | _____ Polipos colon      | _____ Cancer estomago    |
| _____ Cancer       | _____ Cancer de esofago  |                          |

**9. Su dieta consiste de:**

- A- Desayuno \_\_\_\_\_
- B- Almuerzo \_\_\_\_\_
- C- Cena \_\_\_\_\_
- D- Restricciones en su dieta: \_\_\_\_\_
- E- Puede usted tomar leche y productos lacteos? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**Revison de sus Sistemas**

- a- Cambio en su peso en los ultimos 6 meses: \_\_\_\_\_ Peso perdido: \_\_\_\_\_ Peso Ganado: \_\_\_\_\_
- b- Dolores de cabeza . . . . . Si No
- c- Perdida de la vision o vision borrosa. . . . . Si No
- d- Edema o inchazon/ inflamacion de su cuello . . . . . Si No
- e- Falta de aire o dificultad para respirar . . . . . Si No
- f- Dolor en el pecho o torax . . . . . Si No
- g- Tos cronica . . . . . Si No
- h- Cambio en el apetito . . . . . Si No
- l- Nausea . . . . . Si No
- j- Vomito . . . . . Si No
- k- Dificultar para tragar o degutir . . . . . Si No
- l- Dolor abdominal. . . . . Si No
- m- Constipacion . . . . . Si No
- n- Diarrea . . . . . Si No
- o- Cambio en la frecuencia, consistencia, color de excretas . . . . . Si No
- p- Sangrado rectal . . . . . Si No
- q- Materia fecal o excretas negras. . . . . Si No
- r- Dificultad para orinar. . . . . Si No

Para las Mujeres:

Nombre de su ginecologo \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima menstruacion o periodo: \_\_\_\_\_

Tiene usted algun problema ginecologico? \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima citologia vaginal (pap smear) \_\_\_\_\_

Existe algun otro tipo de problema medico o informacion pertinente a sus salud que su medico debiera saber?

\_\_\_\_\_

## Centro para la Salud Digestiva

Por favor escriba en letra de molde. Es muy importante que usted nos provea con información completa, y actual. Por favor presente su tarjeta (s) de seguro médico y su licencia de conducir. Favor de llenar este formulario con tinta.

Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Paciente nuevo ( ) Paciente anterior Referido por: \_\_\_\_\_

#de cuenta: \_\_\_\_\_ ( ) HMO ( ) PPO ( ) Grupo ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_  
Primer Inicial Apellido mes día año

Estado legal: ( ) C ( ) V ( ) S ( ) D # SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Hogar): ( ) \_\_\_\_\_ Notifique en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono (Cellular): ( ) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

& Dirección: \_\_\_\_\_ Durante las horas de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Información de seguro

#### 1 ra Poliza

Portador: \_\_\_\_\_ # de poliza: \_\_\_\_\_

Dirección para reclamos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

A nombre de quien

está la poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Nombre de su patrón: \_\_\_\_\_

#### 2 da Poliza

Portador: \_\_\_\_\_ # de poliza: \_\_\_\_\_

Dirección para reclamos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

A nombre de quien

está la poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Nombre de su patrón: \_\_\_\_\_

Su cubierta de seguro requiere pre-autorización o tiene restricciones para ordenar laboratorios, radiografías o admisión al hospital (hospitalizado o no hospitalizado)?

( ) Si ( ) No

Por favor voltee esta página y complete la parte de atrás de esta forma.

Gracias

**CENTRO PARA LA SALUD DIGESTIVA  
POLIZA FINANCIERA Y DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.**

Los pagos por todo servicio rendidos por el Centro para la Salud Digestiva / Endoscopia son pagaderos a la hora de servicio a menos que se haya hecho arreglos previos ó si tenemos un contrato con su plan de seguro médico.

**FIRMA ARCHIVADA DE POR VIDA PARA MEDICARE:**

Yo autorizo que los beneficios de Medicare sean hechos en mi nombre al Centro para la salud Digestiva / Endoscopia por cualquier servicio prestados por el Médico. Yo autorizo cualquier poseedor de mi información médica a ser entregada a La Administración del Financiamiento del Cuidado Médico y sus agentes para determinar la autorización de pago por los beneficios recibidos.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_

Fecha

**AUTHORIZACION PARA SU SEGURO MEDICO A SER PAGADO AL CENTRO PARA LA SALUD DIGESTIVA Y ENTREGA DE INFORMACION:**

Yo, el firmante autorizo el pago al Centro para la Salud Digestiva / Endoscopia por cualquier servicio médico ofrecido por el médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier deducible, co-pago o servicio no cubierto por mi seguro médico o por servicios rendidos en caso de que mi seguro haya sido cancelado. También autorizo la entrega a mi compañía de seguros o a sus agentes, información referente a mi cuidado médico y tratamiento suministrado a mi. Esta información sera utilizada con el fin de evaluar y administrar los reclamos de beneficios.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_

Fecha

**ENTREGA DE MIS RECORDS MEDICOS:**

Yo, por este medio autorizo a Centro para la Salud Digestiva / Endoscopia para solicitar información médica a los portadores de mi seguro(s) en respuesta a la información requerida para someter un reclamo de reembolso a favor mio o del paciente.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_

Fecha

Esto es para autorizar verbalmente mi condición médica, estado, y o resultados de pruebas en caso de que yo no este en el hogar a las siguientes personas (especifique todos los familiares autorizados): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

No expiración en la autorización a menos  
que sea especificado por el paciente