

VÍCTOR J. COLÓN VÁZQUEZ, MD
 FELLOW OF THE AMERICAN COLLEGE
 OF GASTROENTEROLOGY, CERTIFIED IN
 THERAPEUTIC (INTERVENTIONAL)
 ENDOSCOPY



**INSTITUTO
 DIGESTIVO**
 DE PUERTO RICO, P.S.G.

CONSOLIDATED MALL, SUITE C-18
AVE. GAUTIER BENÍTEZ
 CAGUAS, P.R. 00725

P O B O X 7 9 4 7
CAGUAS, P.R. 00726-7947
 TEL.: (787) 747-2530

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE Y EXAMEN FÍSICO

RAZÓN DE VISITA:

Médico que Refiere: _____

 HISTORIAL/VISITA INICIAL

| ¿Toma alguno de los siguientes? | SÍ | NO | MENCIONE |
|--|----|----|--|
| Plávis, Coumadin, Aspirina u otro Anticoagulante | | | |
| Pastilla de Presión | | | |
| Medicamentos Naturales (Multivitaminas, etc.) | | | |
| Antiinflamatorios | | | |
| ¿Padece alguna de las siguientes condiciones? | SÍ | NO | COMENTARIOS |
| Glaucoma | | | |
| Gota | | | |
| Diabetes | | | <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II |
| Convulsiones | | | |
| | SÍ | NO | MENCIONE |
| ¿Le han realizado cirugías? Indique año. | | | |
| ¿Acepta transfusiones de sangre? | | | |
| ¿Ha sufrido infartos o derrames? | | | Año: |
| ¿Tiene mallas coronarias ('stents')? | | | Año: |



| ¿Ha atravesado usted por una de las siguientes? | Sí | No | |
|---|----|----|--|
| Enfermedad del Corazón | | | |
| Enfermedad Neurológica | | | |
| Enfermedad Pulmonar | | | |
| Enfermedad Renal (Riñones) | | | |
| Anemia | | | |
| Problemas de Sangrado | | | |
| Enfermedad del Hígado | | | |
| Enfermedad del Páncreas | | | |
| Problemas de Vesícula | | | |
| Problemas Intestinales | | | |
| Úlcera Péptica | | | |
| Cáncer | | | |
| Sangrado Gastrointestinal | | | |
| Transfusiones de Sangre | | | |
| Problemas Ginecológicos (menstrual/quistes) | | | |
| Otros: | | | |



MEDICAMENTOS (mencione solamente el nombre. Incluya medicamentos naturales y vitaminas)

ALERGIAS (Medicamentos, Alimentos, Contraste)

HISTORIAL SOCIAL

Ocupación: _____

Fuma: Sí No

Alcohol: Sí No _____ tragos por día/semana

Drogas Intravenosas: Sí No

HISTORIAL FAMILIAR:

| | Sí | No | |
|---------------------|----|----|--|
| Cáncer de Colon | | | |
| Cáncer Gástrico | | | |
| Cáncer de Hígado | | | |
| Cáncer de Páncreas | | | |
| Cáncer de Esófago | | | |
| ¿Madre vive? | | | |
| ¿Padre vive? | | | |
| Otro Tipo de Cáncer | | | |