



**SANTA CLARA
VALLEY MEDICAL CENTER**
Hospital & Clinics

BIENVENIDO A LA CLÍNICA DE HEPATOLOGÍA Y GASTROENTEROLOGÍA

Estamos ubicados en:

Valley Specialty Center, 5° piso (Suite 540)

751 South Bascom Avenue

San Jose, CA 95128

Tel: 408-793-2550

Fax: 408-885-7999

Si necesita cambiar o cancelar su cita, por favor llámenos o cancele a través de myHealth Online al menos 24 horas antes de su cita.

IMPORTANTE

**Por favor llene este formulario completamente y
tráigalo el día de su cita.**

**Traiga también todos sus medicamentos, incluyendo
medicamentos comprados sin receta en sus frascos originales.**

Su nombre:

Nombre y dirección de su médico de cuidados primarios:

1. ¿Cuál es el problemas más importante del que desea hablar aquí en la clínica?

2. Alergias: Indique el nombre del medicamento y la reacción que tiene. También cualquier alergia al yodo, contraste radiológico, etc.

3. Problemas con procedimientos y sedación:

¿Alguna vez ha tenido una reacción negativa a la anestesia o a un sedante (como problemas para despertarse)? Sí No

¿Tiene antecedentes de sangrado después de haberle hecho un trabajo dental u otros procedimientos? Sí No

¿Usa oxígeno suplementario en casa? Sí No

¿Utiliza una máquina para ayudarle a respirar por la noche (máquina CPAP)? Sí No

¿Consuma alguna droga recreativa? (proporcione detalles en la sección 13) Sí No

4. Medicamentos: Por favor, escriba los nombres, dosis y cuántas veces al día los toma. Incluya aquellos comprados sin receta (como Tylenol, Motrin, Aleve, Ibuprofeno, antiácidos, etc.)

5. ¿Cuál es su farmacia preferida?

Valley Specialty Center East Valley Milpitas

Bascom Gilroy Moorpark

Downtown Lenzen Sunnyvale

Tully

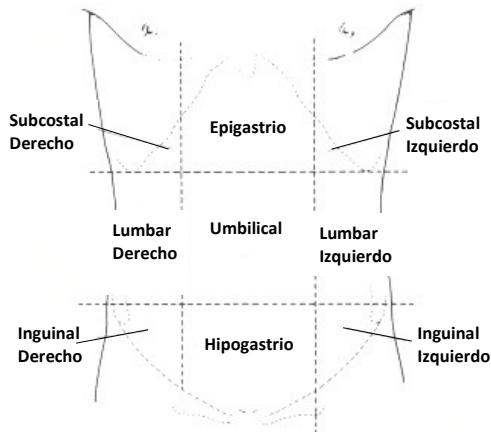
Otra (nombre y dirección): _____



6. ¿Tiene dolor abdominal? Sí

No (pase a la próxima sección)

Por favor indique con una "X" dónde siente el dolor



En una escala del 1 al 10, ¿qué tan fuerte es el dolor en un día promedio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo describiría el dolor? Le Arde Se le clava Retortijones Leve y constante

Otro (aclare) _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido el dolor? _____

¿Con qué frecuencia le da el dolor? _____

¿Cuánto le dura el dolor? _____

¿Qué afecta el dolor?

	Mejora	Empeora	Sin cambio
Comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defecar (ir al baño a evacuar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiácidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (aclare) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Tiene alguno de estos síntomas gastrointestinales? Por favor, marque todos los que tenga.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Dificultad o dolor al tragar | <input type="radio"/> Hinchazón | <input type="radio"/> Vómito con sangre |
| <input type="radio"/> Náuseas | <input type="radio"/> Estreñimiento | <input type="radio"/> Excremento negro |
| <input type="radio"/> Vómitos | <input type="radio"/> Diarrea | <input type="radio"/> Ictericia (piel u ojos amarillentos) |
| <input type="radio"/> Agruras o acidez | <input type="radio"/> Incontinencia fecal (se le sale el excremento) | <input type="radio"/> Otro (aclare abajo) |
| <input type="radio"/> Producción excesiva de gases | <input type="radio"/> Sale sangre del recto | |

8. Evaluación Gastrointestinal Previa

¿En el pasado, ha visto a un gastroenterólogo (especialista del estómago, colon o hígado)? Sí No

En caso afirmativo, nombre y dirección del gastroenterólogo: _____

Procedimiento	Fecha	Ubicación de la clínica u hospital
Endoscopia superior		
Colonoscopia		
Sigmoidoscopia		
Biopsia del hígado		
Otro (aclare):		



9. Historial Médico: Por favor, marque los problemas médicos que ha tenido en el pasado y que tiene en el presente.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Esofagitis eosinofílica | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable (IBS) |
| <input type="checkbox"/> Fisura anal | <input type="checkbox"/> Várices esofágicas | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón/insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hígado graso | <input type="checkbox"/> Cáncer en el hígado |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad en los pulmones EPOC (COPD) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Infección H. pylori | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Esófago de Barrett | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cáncer en el páncreas |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Agruras o acidez | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica/bipolar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad del corazón/Ataque/Stent | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Hemocromatosis | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales o intestinales |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Pólipos estomacales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer en el colon | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Cáncer en el estómago |
| <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input checked="" type="checkbox"/> Derrame Cerebral (embolia) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Hepatitis (aclare _____) | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Hernia (aclare _____) | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Otro (aclare abajo) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Problemas del sistema inmunológico | |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) | |

10. Historial Quirúrgico (Cirugías):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía (quitar el apéndice) | <input type="checkbox"/> Baipás gástrico o banda | <input type="checkbox"/> Cirugía del intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía por obstrucción intestinal | <input type="checkbox"/> Cirugía ginecológica | <input type="checkbox"/> Cirugía del estómago |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Baipás coronario (corazón) | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del colon | <input type="checkbox"/> Cirugía de válvula del corazón | <input type="checkbox"/> Otra cirugía (aclare abajo) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del esófago | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | |
| <input type="checkbox"/> Colocación de tubo de alimentación (PEG) | <input type="checkbox"/> Cirugía del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula | <input type="checkbox"/> Cirugía del páncreas | |

11. Hospitalizaciones Previas: por favor enumere las más recientes.

Fecha	¿Dónde lo internaron?	Problema



12. Historia Familiar: por favor, indique si alguno de los miembros de su familia tiene o tuvo algún problema médico.

	Cáncer en el colon	Pólipos en el colon	Cáncer estomacal	Cáncer en el hígado	Cáncer de páncreas	Cáncer ginecológico,	Colitis/IBD	Enfermedad celíaca	Enfermedad del hígado	Edad cuando lo diagnosticaron	Otros problemas médicos (aclare)	¿Está vivo(a)?	Edad de fallecimiento
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O SÍ O NO	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O SÍ O NO	_____
Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O SÍ O NO	_____
Hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O SÍ O NO	_____
Hijos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O SÍ O NO	_____
Otros (aclare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O SÍ O NO	_____

13. Historial Social:

Lugar de nacimiento _____

¿Ha viajado reciente fuera de los Estados Unidos? O SÍ O NO

Substancia que toma	Hoy en día	En el Pasado	Nunca	Fecha de comienzo	Fecha de uso más reciente	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto consume?	¿Listo para dejarlo?
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Bebidas fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Cigarrillos (de tabaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Otro tipo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Cocaína/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
PCP (polvo de ángel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
LSD (ácido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO
Otros (aclare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O SÍ O NO



14. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses? (Marque todos los que correspondan)

General

- Fatiga / Se cansa fácilmente
- Pérdida de peso: (_____) libras
- Dificultad para dormir
- Poco apetito
- Dolor frecuente o malestar
- Fiebre
- Sudor nocturno

Ojos

- Vista borrosa o doble
- Ojos dolorosos o inflamados
- Otros problemas con los ojos

Oídos, Nariz y Garganta

- Sabor amargo en la boca
- Se le regresa la comida a la boca
- Congestión o dolor en los senos nasales
- Dolor de oído
- Sangrado frecuente de encías
- Dolor de garganta
- Voz ronca
- Caries graves

Cardíaco

- Dolor de pecho
- Palpitaciones (el corazón late rápido)
- Despierta por la noche con falta de aire

Respiratorio

- Asma/silbido en el pecho
- Dificultad para respirar
- Tos con sangre
- Infección frecuente

Riñón y Vejiga

- Orina frecuentemente
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Incontinencia (se le sale la orina)

Sanguíneo y Linfático

- Anemia
- Gánglios linfáticos grandes
- Sangrado o moretes con facilidad
- Coágulos de sangre
- Transfusiones de sangre

Endocrinológico

- Siente mucho calor o frío

Piel

- Salpullido
- Alguna bolita nueva en la piel
- Úlceras, llagas o manchas rojas

Neurológico

- Dolores de cabeza frecuentes
- Mareos
- Entumecimiento u hormigueo
- Debilidad en los brazos o piernas
- Pérdida de la memoria

Músculo-esquelético

- Coyunturas dolorosas o artritis
- Debilidad
- Dolor de espalda
- Múltiples huesos fracturados (rotos)

Psicológico

- Estrés en el trabajo
- Estrés en casa
- Se siente triste o deprimido(a)
- Siente ansiedad o está preocupado(a)
- No disfruta la vida
- Ha perdido el interés en el sexo
- Pensamientos desagradables
- Depresión

Otros

- Problemas sexuales
- Regla abundante o anormal

Los círculos dejados en blanco significan respuestas negativas