



Treasure Valley Gastroenterology Specialists

Raquel Croitoru, M.D.

Board Certified Gastroenterology
Fellow American College of Gastroenterology

Paciente _____ DOB: _____ DOS: _____

Historia Medico

Ya le hemos visto antes: SI / NO Cuando: _____

Hemos visto a un miembro de la familia: SI / NO Nombre: _____

Por favor describa en sus palabras por que estas visitando: _____

Vacuna del gripe: _____ Vacuna del neumonia: _____ Escanear dexa: _____ Colonoscopia: _____ Mamografia: _____

Por favor traiga una copia de todos sus medicamentos actuales, incluyendo cualquier sobre el contador medicamentos, vitaminas, o suplementos herbales (Nombre, la dosis, veces al dia)

Historial Medico- Marca si ha tenido alguna de estas

- Checkboxes for various medical conditions: Fiebre Reumatica, Angina de pecho, Se ha sustituido las valvulas del corazon, etc.

Cualquier otra enfermedad significativa (excluya la infancia tipica) _____

Todas las cirugias (tipo y ano) _____

Todas las lesiones/ accidentes graves (tipo y ano) _____

Todas las hospitalizaciones no incluidos anteriormente (razones y ano) _____

Todas las alergias a medicamentos (nombre y reaccion) _____

Paciente: _____ DOB: _____ DOS: _____

HISTORIAL MEDICO (CONT)

Cualquier otra alergia (alimentos, cinta adhesiva, yodo, etc.) _____

HABITOS PERSONALES

Profesion: _____

Estado civil: Casado / Divorciado / Individual / Viuda / Vivo con companero

Usas el tabaco: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **# de anos:** _____

Uso antes: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **Dejar de ano:** _____

Tomas alcohol: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **# de anos:** _____

Tomabas antes: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **Dejar de ano:** _____

Usas drogas ilegales: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **# de anos:** _____

Uso antes: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **Dejar de ano:** _____

Tomas cafeina: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **# de anos:** _____

Tomabas antes: SI / NO **Tipo:** _____ **Amnt Diaria:** _____ **Dejar de ano:** _____

Crees que puede estar embarazada: SI / NO **Se ha sentido como una victima de abuso:** SI / NO

Alguna vez ha preocupado de que alguien le puedo doler: SI / NO **En caso afirmativo era/ es:** ANTES / AHORA

Sido probado para la hepatitis: SI / NO **Sido vacunados contra la hepatitis A o B:** SI / NO **Cuando** _____

Sido probado para el HIV/AIDS: SI / NO **Ha tenido una transfusion de sangre:** SI / NO **Cuando:** _____

Cualquier otro aspecto de su vida que puedan afectar a su salud: _____

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colitis _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado _____ | <input type="checkbox"/> Anemai _____ | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> Polipos de colon _____ | <input type="checkbox"/> Cirrosis _____ | <input type="checkbox"/> Desorden sangrante _____ | <input type="checkbox"/> Colon _____ |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis _____ | <input type="checkbox"/> Piedras de la vesicula biliar _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del rinon _____ | <input type="checkbox"/> Pecho _____ |
| <input type="checkbox"/> Las ulceras _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn _____ | <input type="checkbox"/> Depresion _____ | <input type="checkbox"/> Uterino _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Wilson _____ | <input type="checkbox"/> Hipertension _____ | <input type="checkbox"/> Tiroides _____ |
- Enfermedad de tiroides _____
 La hemocromatosis _____
 Pancreatico _____

	Si sons vivos		Si son difuntos	
	Anos	Salud	Anos	Causa
Padre				
El abuelo paterno				
El abuela paterno				
Madre				
La abuelo materno				
La abuela materno				
Hermano(s)				
Hermano(s)				
Hermana(s)				
Hermana(s)				
Hijo(s)				
Hijo(s)				
Hija(s)				
Hija(s)				