



Gastroenterología y Hepatología

Stephen P Laird, M.D.

Allisa Corsbie, NP-C

Nombre: _____ Sexo: M F Edad: _____ Fecha: _____

Medico Remitente: _____ Medico De Atención Primaria: _____

Razón de su visita: _____

Otros Proveedores que ha visto por este problema: _____

*Yo Autorizo a CMM, P.C a dejar un correo de voz detallado con mis resultados médicos: Si No Numero: _____

*I Autorizo a CMM, PC a mandarme un mensaje por Follow My Health, mi cuenta portal: Si No

Historial:

Usted a sido diagnosticado con alguno de los siguientes:

Cáncer: Si No Fecha/ Tipo: _____

Pólipos de Colon: Si No Fecha/ Tipo: _____

Enfermedad de Crohn: Si No Fecha/ Fecha de ultima colonoscopia: _____

Esofagitis/ Barrett's: Si No Fecha/ Fecha de ultima endoscopia: _____

Piedras en la Vesícula: Si No Fecha/ Evaluación/ Tratamiento: _____

Úlceras: Si No Fecha: _____

Colitis Ulcerosa: Si No Fecha/ Tipo: _____

Tiene alguno de los Siguietes:

Presión Sanguínea alta/ baja: Si No Problemas del Corazón/ Dolor en el Pecho: Si No Derrame Cerebral: Si No

Desorden Sangrante: Si No Enfermedad del Riñón: Si No Tuberculosis: Si No

Diabetes: Si No Enfermedad del Pulmón: Si No Historia de MRSA: Si No

Epilepsia: Si No Problema De La Tiroides: Si No Otro: _____

Por favor de continuar a la otra pagina

Otro Historial: (Si indica que si, por favor de escribir la fecha y el lugar en el espacio proveído):

Colonoscopia: _____

Endoscopia: _____

Radiografías Abdominales: _____

Problemas con anestesia o tiente de contraste: _____

Historial quirúrgico: (Si indica que si por favor de escribir la fecha y lugar):

Colon: _____ Estomago: _____ Corazón: _____

Derivación: _____ Válvula: _____ Marcapasos: _____

Desfibrilador: _____ Reemplazo de Articulación: _____ Histerectomía: _____

Apendectomía: _____ Próstata: _____ Vejiga: _____

Otro: _____ Otro: _____ Otro: _____

Historial Social: (Indique si o no. Si "sí", cuando lo deajo):

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Consumo de Tabaco: _____ Consumo de alcohol: _____

Consumo de Marihuana: _____ Uso de sustancias: _____

Tatuajes: _____ Transfusión de sangre: _____

Historial Familiar: (Por Favor de Indicar si algún familiar tiene lo siguiente. Si "sí", quien?):

Alcoholismo/ cirrosis/ ictericia: _____

Cáncer en el Colon: _____

Enfermedad de Crohn's/ Colitis Ulcerosa: _____

Alta Presión/ problemas del corazón: _____

Cálculos en la Vesícula: _____ Diabetes: _____

Enfermedad del Hígado: _____ Hemocromatosis: _____

Úlcera Péptica: _____ Otro: _____

Firma del Medico/NP-C: _____ Fecha: _____