



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: \_\_\_\_\_