

# Raleigh Endoscopy Center - Hoja de historia clínica del paciente

Envíe este formulario por fax o correo a la ubicación del centro de endoscopia que le han asignado (enumerado a continuación)

**LO ANTES POSIBLE o al menos 3 días antes de la fecha del examen**

## Ubicaciones:

**Principales:** 2417 Atrium Dr. (Fax) 919-791-2061    **North:** 8300 Health Park (Fax) 919-256-7981    **Cary:** 1505 SW Cary Parkway (Fax) 919-792-3061

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha del procedimiento \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**\*\*\*UN ADULTO RESPONSABLE/CONDUCTOR DEBE QUEDARSE CON USTED EN EL CENTRO DE ENDOSCOPIA EN TODO MOMENTO\*\*\***

Enumere a continuación todas las **alergias/sensibilidades** a medicamentos, materiales, alimentos y factores ambientales y la reacción:

### Nombre y reacción:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS: ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS (RECETADOS, DE VENTA LIBRE, SUPLEMENTOS Y VITAMINAS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS TOMADA	FRECUENCIA	MOTIVO PARA TOMAR EL MEDICAMENTO
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. ¿Toma anticoagulantes?	Sí	No	Nombre: _____

¿Usted presenta algo de lo siguiente? **SI LA RESPUESTA ES «SÍ», comuníquese con el consultorio de su médico gastroenterólogo para más evaluaciones**

¿Problemas para respirar o anafilaxia a productos de látex o caucho?	Sí	No
¿Oxígeno en el hogar para ayudarle a respirar?	Sí	No
¿Una carta que indica que usted es difícil de intubar?	Sí	No
¿Un implante de AICD para el corazón?	Sí	No
¿Está embarazada o en período de lactancia en la actualidad?	Sí	No
¿Actualmente está en diálisis?	Sí	No
¿Problemas con anestesia? (de ser así, explique)	Sí	No _____
¿Tome medicamentos para bajar de peso, es decir, fentermina	Sí	No

¿Alguna vez le han diagnosticado algo de lo siguiente?: **(Marque con un círculo si usted, ha tenido o tiene en la actualidad)**

Insuficiencia cardíaca congestiva	Cáncer de colon	Convulsiones (fecha de la última) _____
Ritmo cardíaco irregular	Cirrosis	Accidente cerebrovascular/TIA/CVA (fecha del último) _____
Dolor en el pecho/angina	Enfermedad hepática	Enfermedades infecciosas (tipo) _____
Ataque cardíaco (fecha) _____	Hepatitis (tipo) _____	Trastorno de sangrado/coagulación (tipo) _____
Stents cardíacos (número) _____	Bolsa de colostomía	Cáncer (tipo) _____
Dificultad para respirar	Colitis/enfermedad de Crohn	Quimioterapia o radiación: Fechas _____
Apnea del sueño (configuración CPAP) _____	Anemia	Herpes
COPD	Clostridium difficile	VIH/SIDA
Insuficiencia renal	Diabetes	Hipertensión
¿Fuma/mastica tabaco? _____	<b>Si la respuesta es «SÍ», NO fume/mastique tabaco el día de su procedimiento</b>	
¿Bebe alcohol? _____ vasos/semana	Otros/varios: (enumere) _____	

**Cirugías:** Enumere todas las cirugías mayores

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_