

Hoja de historial médico del paciente del Centro de endoscopia de Raleigh:

Complete este formulario y tráigalo con usted el día de su procedimiento.

Ubicaciones:

Principal: 2417 Atrium Dr. (Teléfono) 919-791-2060 Norte:8300 Parque de Salud (Teléfono) 919-256-7980 Cary:1505 SW Cary Pkwy (teléfono) 919-792-3060

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha del procedimiento _____

Médico de atención primaria _____ Altura _____ Peso _____

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

Por favor enumere a continuación cualquier **Alergias/Sensibilidades** a Medicamentos, Materiales, Alimentos y Factores y reacciones ambientales:

Nombre y reacción:

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____

MEDICAMENTOS:LISTA TODO (CON RECETA, SIN RECETA, SUPLEMENTOS Y VITAMINAS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO DOSIS TOMADA FRECUENCIA MOTIVO DE LA TOMA

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. ¿Tomas anticoagulantes? Sí No Nombre: _____

11. ¿Toma ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: Ozempic, Semaglutida, Mounjaro, Tirzepatida, Wegovy, Voictoza, Saxenda, Byetta, Trulicity?

12. ¿Tomas fentermina?

¿Tiene alguno de los siguientes? EN CASO SÍ, comuníquese con el consultorio de su médico gastrointestinal para una evaluación adicional. Cualquiera de estas condiciones podría provocar un cambio en la preparación, una reprogramación o cancelación de su procedimiento.

¿Problemas para respirar o anafilaxia por productos de látex o caucho? sí No

¿Oxígeno en casa para ayudarle a respirar? sí No

¿Una carta que indica que es difícil intubarle? sí No

¿Un AICD implantado para su corazón? sí No

¿Actualmente embarazada o amamantando? sí No

¿Actualmente en diálisis? sí No

Problemas con la anestesia (si es así, explique) Sí No _____

¿Tomas algún medicamento para bajar de peso? Sí No

¿Tomas algún medicamento para la diabetes? Sí No

¿Alguna vez le han diagnosticado lo siguiente? (Marque con un círculo si lo ha tenido o lo tiene actualmente).

Insuficiencia cardíaca congestiva _____ Cáncer de colon _____ Convulsiones (fecha de la última) _____

Latidos cardíacos irregulares _____ Cirrosis _____ Accidente cerebrovascular/AIT/ACV (fecha del último) _____

Dolor de 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/Crohns _____ Quimioterapia o radiación: Fechas _____

Apnea del sueño (configuración de CPAP) _____ Anemia _____ Herpes zoster _____

EPOC _____ C. Dificultad _____ VIH/SIDA _____

Insuficiencia renal _____ Diabetes _____ Presión arterial alta _____

¿Fuma/mastica tabaco? _____ **En caso afirmativo**, Por favor **No fumar/masticar** el día de su procedimiento

¿Beber alcohol? _____ # de tragos/semana _____ Otro/Varios: (por favor enumere)

Cirugías: Por favor enumere todas las cirugías principales

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____