

**Summit Digestive and Liver Disease Specialists**  
New Patient Medical History

1 S 280 Summit Ave., Court A-1  
Oakbrook Terrace, IL 60181

**Historia Medica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Problema Actual**

Cuál es la razón de su visita a nuestra clínica?

\_\_\_\_\_

**Historia Medica**

Por favor dar los nombres de los médicos que ha visto recientemente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido alguna de estas condiciones?

<b>Enfermedad/Síntoma</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Cuando?</b>
Enfermedad del corazón (ataques al corazón, latidos irregulares)			
Alta Presion			
Alto Colesterol			
Anemia o problemas de sangre			
Enfermedad de Pulmones			
Enfermedad del Hígado (hepatitis, cirrosis)			
Cancer			
Artritis			
Problemas de Sangrado			
Diabetis			
Problemas de Tiroides			
Problemas de Estomago			
Problemas de la Vesicula			
Asimientos			
Parálisis			
Problemas psiquiátricos			
Problemas de la Piel			
Otros Problemas:			

## Summit Digestive and Liver Disease Specialists

### New Patient Medical History

Ha tenido alguna vez uno de estos exámenes?

Procedimiento	No	Si	Cuando?	Resultados
El escremento probó para la sangre				
Colonoscopia				
Enema Del Bario				
Endoscopia				
Rayo X Estomacal				
Transfusión de Sangre				

### Hospitalizaciones Previas/Cirugia

Cuando: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Cuando: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Cuando: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

### Alergias a Medicamentos o Comidas

Es usted alérgico a medicamento o a comida?

Medicamento/Comida	Symptomas de la reaccion alergica

### Medicamentos Que Esta Tomando

Nombre por favor todas las medicaciones que usted utiliza actualmente. (incluya todos sobre las medicaciones, los antiácidos, los laxantes, las píldoras del control de la natalidad y las vitaminas contrarios.)

Nombre del Medicamento	Dosis	Veces por Dia	Cuanto tiempo de tomarla

**Summit Digestive and Liver Disease Specialists**  
New Patient Medical History

**Revisión de Sistemas**

		No	Si
General	En los ultimos seis meses a perdido mas de cinco libras inesperadamente?	_____	_____
	Tiene fiebres inexplicables?	_____	_____
Ojos	Tiene vision doble?	_____	_____
ENT	Tiene problemas para escuchar?	_____	_____
	Tiene problemas para hablar?	_____	_____
Corazon	Tiene dolores del pecho que le preocupan?	_____	_____
	Tiene mareos?	_____	_____
	Tiene latidos irregulares?	_____	_____
Gastro	Tiene dificultad en pasar comida o liquidos?	_____	_____
	A notado cambio en su apetito?	_____	_____
	A vomitado sangre?	_____	_____
	Tiene dolor en el abdomen?	_____	_____
	A notado que evacua escremento negro?	_____	_____
	Usted ha observado cambios en sus hábitos del intestino?	_____	_____
Genitourinario	Tiene problemas al orinar?	_____	_____
	Nota que frecuentament se para de noche a orinar?	_____	_____
	(mujeres) Tiene descargas de los senos?	_____	_____
	(mujeres) Tiene problemas con su menstruacion?	_____	_____
	(mujeres) A tenido un mammograma?	_____	_____
(mujeres) A tenido un papanicolado?	_____	_____	
Esquelético	Tiene dolor o hinchazon de huesos?	_____	_____
Piel	Tiene ineplicables problemas de la piel?	_____	_____
	Usted tiene cualquier lesión que esté creciendo o esté cambiando?	_____	_____
Neurológico	Usted ha tenido alguna lesión en la cabeza o ha sido golpeado inconsciente?	_____	_____
	Tiene debilidad o entumecimiento en sus brazos o piernas?	_____	_____
Psiquiátrico	La depresión le incomoda?	_____	_____
	Usted tiene problemas personales que usted quisiera discutir?	_____	_____
Endocrina	Inusualmente usted se ha sentido sediento recientemente?	_____	_____
	Usted detecta temperatura ambiente diferentemente que otras?	_____	_____
Hematología	Usted sangra fácilmente?	_____	_____
Inmunología	Usted frecuentemente tiene infecciones que requieren los antibióticos?	_____	_____

# Summit Digestive and Liver Disease Specialists

## New Patient Medical History

### Antecedentes Familiares

Cualquier persona en su familia tiene cualesquiera de las condiciones siguientes?

Enfermedad	No	Si	Relación
Asma			
Enfermedad de Corazon			
Pression Alta			
Parálisis			
Cancer			
Polipos de Colon			
Úlceras			
Síndrome de Colon Irritable			
Enfermedad de Hgado			
Diabetis			
Asimientos			
Enfermedad de Riñon			
Artritis			

### Historia Social

Estado Civil: \_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_ Divorciado/a

Usted tiene niños? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Número de niños \_\_\_\_\_

Trabajo (actual o anterior): \_\_\_\_\_

A viajado fuera de los Estados Unidos este último año? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Usted fuma? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Paquetes por día? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo tiene fumado? \_\_\_\_\_

Usted bebe el alcohol? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

Fecha de la bebida pasada \_\_\_\_\_

Usted hace ejercicio? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Qué clase? \_\_\_\_\_ Cómo a menudo? \_\_\_\_\_

Certifico que, al mejor de mi conocimiento, toda la información proporcionada arriba es exacta.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha