

Gracias por haber elegido nuestro Centro Louisville de Endoscopía. Con la meta de reducir el cancer del colón y de tratar varias enfermedades digestivas, nuestros médicos y nuestro personal quieren ofrecer a la comunidad unos cuidados médicos de alta calidad en un precio razonable. El estado de Kentucky exige que tengamos la información que pedimos aquí. Favor de no dejar ningún espacio en blanco.

Sólo fijaremos fecha para su procedimiento cuando tengamos toda la información, y eso puede tardar hasta 4 semanas. Debido a los compromisos de nuestros medicos, no podemos ofrecerle la fecha y la hora que usted desea, pero haremos lo posible para acomodarle. Una vez fijada la fecha, usted recibirá una carta por correo que confirma el día y la hora para su procedimiento médico. La hora puede variar un poco según la disponibilidad del médico. Hay que cancelar con 48 horas de antelación, o se cobrará 150 dólares.

Yo prefiero que mi procedimiento sea: lunes martes miércoles jueves viernes No tengo

Tiene usted algún medico preferido? _____

Tiene usted alguna fecha preferida? _____

En cuáles fechas está usted disponible? _____

Usaremos un sedante durante su procedimiento, y usted estará anestasiado. Por esa razón, es necesario que usted esté acompañado por una persona mayor de los 18 años que manejará su carro. Esa persona debe permanecer en nuestro centro durante su procedimiento. Usted puede usar el transporte público si está acompañado de un adulto que quedará con usted durante la noche. Le pediremos a su acompañante que firme un documento de salida. Debido a la anestesia, usted no debe manejar, usar máquinas, tomar decisiones importantes, ni participar en actividades que necesitan equilibrio o coordinación muscular. El día siguiente a su procedimiento, usted puede hacer una vida normal.

El día de su visita, usted debe traer su tarjeta de seguro medico. El seguro medico es un acuerdo entre usted y la empresa de seguros. En caso de que su seguro necesita una referencia, es usted que debe pedirla a su médico de cabecera. También es suya la responsabilidad financiera de franquicias, co-seguro médico, o por servicios no cubiertos por su póliza de seguro medico. Le pediremos que pague cuando llegue para su procedimiento.

INSTRUCCIONES PARA LA REGISTRACIÓN

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE (Rogamos escriba en letras de molde)

Fecha de hoy: _____/_____/_____

Nombre del paciente: _____

Nombre

Apellido(s)

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Sex: Masculino Femenino

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Dirección del domicilio:

CALLE

APT#

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

Teléfono celular: (____) ____ - ____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Altura

Peso:

BMI:

Razón de su visita:

Referido por: **Médico de cabecera:**

Cardiológo:

Raza: BLANCO AFRO-MERICANA HISPANA/LATINA ASIATICA OTRARAZA:

Étnicidad: HISPANIA/LATINO NO HISPANIA/LATINA Paciente no quiere contestar

Idioma preferido: **Português** | Estado: **Brasil**

Contacto/Teléfono del contacto de emergencia: _____ (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia local, dirección, y teléfono:

Farmacia de ordenar por correos, dirección, y teléfono:

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Primero: _____

Empresa de seguros

ID o certificado

Grupos#

Dueño de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento del dueño de la póliza: ____/____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
____/____

Secondary: _____

Empresa de seguros

ID o certificado

Grupos#

Dueño de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento del dueño de la póliza: ____/____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
____/____

Yo autorizo al Centro de Endoscopía Louisville a compartir con empresas de seguros datos sobre mi enfermedad(es) y mis tratamientos. Yo acepto que el médico recibirá los pagos por los servicios médicos que me brindó o que brindó a un dependiente mío. Yo comprendo que soy responsable por cualquier servicio que no esté cubierto por mi seguro, brindado a mi o a mis dependientes. En firmar abajo, yo certifico que toda la información en estos formularios es correcta.

Fecha de hoy: ____/____/____ Firma: _____

FORMULARIO DE ENTREVISTA DEL PACIENTE

Alergias – favor de detallar su reacción

0 El paciente no tiene ninguna alergia conocida. 0 El paciente no tiene alergia conocida a un medicamento

Alergias a las medicinas.

0 Aspirina 0 Sulfato de codeína. 0 Iodo 0 Latex
0 Lidocaína 0 Narcóticos 0 Penicilina
0 NSAIDs (anti-inflamatorios no esteroide)
0 Propofol 0 Antibióticos sulfa 0 Otra medicina

Alergias a las comidas

0 huevos 0 cacahuetes. 0 frijol soya
0 Otra comida

MEDICINAS QUE ESTA TOMANDO Si toma anticoagulantes, apunte el nombre y el teléfono del médico que los recetó.

Nombre de la medicina	Cantidad	Frecuencia (una al día, 2 al día, ...etc)

VACUNAS

0 ninguna 0 hepatitis A 0 hepatitis B 0 hepatitis C 0 HPV
0 influenza 0 meningitis 0 pulmonía 0 PPD
0 culebrilla (vacuna recombinante contra el herpes zóster) 0 tétanos

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS/ ANALISES

0 Ninguno 0 radiografía pecho 0 colonoscopía. 0 escan abdomen 0 EGT 0 ERCP
Cuándo _____ Cuándo _____ Cuándo _____ Cuándo _____ Cuándo _____
0 estudio de vaciamiento gástrico 0 vesícula biliar 0 resonancia magnética abdomen
Cuándo _____ Cuándo _____ Cuándo _____
0 ultrasonido abdomen Cuándo _____

CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES O EN EL PASADO

0 Cirrosis 0 Colitis 0 cáncer del colon 0 pólipos del colon
0 Crohns 0 diverticulitis 0 diverticulosis. 0 GERD o acidez 0 hepatitis tipo _____
0 hernia de hiato 0 síndrome del intestino irritable 0 pancreatitis
0 Úlcera del estómago 0 Otro _____

0 coagulación anormal 0 ascitis 0 anemia 0 ansiedad
0 artritis 0 asma 0 dolor de espalda 0 coágulo de sangre (dónde?) _____
0 lesión cerebral 0 cáncer (cuál tipo y tratamiento) _____
0 COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) 0 depresión 0 diabetes
0 enfisema 0 endometriosis 0 fibromialgia 0 tensión alta
0 enfermedad cardíaca 0 colesterol alto 0 VIH (virus de inmunodeficiencia humana)/ SIDA
0 ritmo cardíaco irregular (detallar) _____
0 nefropatía 0 osteoporosis 0 Parkinsons 0 convulsions
0 enfermedades sexualmente transferidas 0 apnea del sueño
0 accidente cerebrovascular medico 0 enfermedad tiroidea
0 Otro _____

PROCEDIMIENTOS ANTERIORES

0 apendectomía 0 cirugía de espalda 0 cirugía vejiga 0 cirugía pecho
0 bypass coronario 0 estent coronario (cuántos?) _____
0 eliminación de pólipos de colon 0 resección intestinal 0 cesárea 0 cirugía comestica
0 desfibrilador (cuál tipo ?) _____ 0 diálisis 0 eliminación vesícula

0 ERCP (extracción de estent y cálculos) 0 extracción vesícula

0 cirugía de válvulas (cuál valvula?) _____

0 reemplazo de articulaciones (Cuál articulación) _____

0 cirugía anti-obesidad (Cuál tipo?) _____

0 marcapasos (Cuál marca o modelo?) _____

0 cirugía de la próstata 0 cirugía de tiroides

0 ligadura de trompas

HISTORIA SOCIAL

Matrimonio 0 soltero/a 0 casado/a 0 unión civil 0 separado/a 0 viudo/a

0 desconocido 0 otro

Alcohol 0 ninguno 0 algunas veces en el mes 0 una vez al día

0 varias veces en un día

Tabaco 0 fuma a diario 0 fuma algunos días 0 fumaba anteriormente 0 nunca fumó

0 no se sabe 0 fuma poco 0 fuma mucho

Uso de drogas 0 nunca usó 0 uso recreativo (cuál tipo?) _____

OFICIO Cuál tipo de trabajo desempeña usted? _____

HISTORIA FAMILIAL MÉDICA

0 no sabe su historia médica familiar

0 Cáncer del colon _____

0 pólipos del colon

Historia familiar de cáncer del colon

	madre	padre	hermana	hermano	hija	hijo	abuela	abuelo
--	-------	-------	---------	---------	------	------	--------	--------

Síndrome de Lynch

Enfermedad celiaca

Pólipos de colon

Colitis

Enfermedad de Crohns

Cáncer esofágico (a qué edad?)

Enfermedad/cáncer del hígado

Pancreatitis/cáncer del páncreas

Cáncer del estómago

Cáncer de pecho

Cáncer del ovario

Cáncer de la matriz

REPASO DE LOS SISTEMAS (los síntomas aparecidos en los últimos 90 días)*Marque con un círculo las opciones que correspondan*

Cardiovascular 0 **Nada**
Dolor de pecho
Ritmo cardíaco irregular
Desmayos

No **Hematología/Linfático.** 0 **Nada**
Moretones frecuentes
Hemorragias largas
Nódulos linfáticos inchados

Salud 0 **Nada**
Cansancio
Falta de apetito
Pérdida de peso
Fiebres/escalofríos

Psiquiatría 0 **Nada**
Ansiedad
Depresión
Pánicos

Integumentario 0 **Nada**
Urticaria
Picazón
Ronchas

Gastrointestino 0 **Nada**
Dolor en el abdomen
Inchazón abdominal
Cambio en hábitos en defecar
Estremimiento

Otorrinolaringología 0 **Nada**
Dolor de ojo
Hemorragia nasal frecuente
Lesiones en la boca
Ronquera de voz

Diarrea
Acidez
Dificultad en tragar
Sangre en las heces
Vómitos

Respiratorio 0 **Nada**
Toz
Silbidos
Falta de aire

Vómitos con sangre
Incontinencia al defecar
Ictericia
Náuseas

Genitourinario 0 **Nada**
Quemazón al orinar
Sangre en la orina
Incontinencia
Problemas de próstata
Sangre vaginal
Cambio en períodos
Flujo vaginal

Dolor rectal

Endocrinología 0 **Nada**
Mucha sed
Pérdida de pelo
Intolerancia al calor

Neurología 0 **Nada**
Mareos
Dolores de cabeza
Entumecimientos
Convulsiones
Temblores

Músculo/esqueleto 0 **Nada**
Artritis
Dolor de espalda
Dolor en articulaciones
Debilidad muscular

MÁS PREGUNTAS

1. Le han hecho una colonoscopía anteriormente? Si NO
a. Cuándo y dónde? _____
 2. Se hace esta colonoscopía a fines diagnósticos?
 3. Cuáles síntomas tiene usted (si hay)? _____
 4. Usted toma algún medicamento contra el reflujo ácido o contra los trastornos gástricos? Si NO
a. Le han hecho anteriormente una endoscopía del esófago, del estómago o de su intestino? Si NO
 5. Ha tenido usted dificultad en tragar comida? Si NO
 6. Ha tenido usted algunas complicaciones o dificultades en respirar tras la anestesia? Si NO
a. Si fuera el caso, favor de dar detalles _____
b. Tiene usted apnea cuando duerme? Si NO Si fuera el caso, usted usa un aparato CPAP? Si NO
 7. Toma usted algún medicamento anticoagulante? Unos ejemplos son: la Aspirina, Coumadin, Si NO
Plavix, Warfarin, Xarelto a. Si fuera el caso, cuál? _____
b. Cuál médico lo recetó? _____
 8. Toma usted algún medicamento para perder peso, recetado o en venta libre? Si NO
a. Si fuera el caso, cuál? _____
 9. Tiene usted la diabetes? Si NO
a. Si fuera el caso, cómo la controla? _____
b. Alistar los medicamentos que usted toma por vía oral (por boca). (nombre y la dosis) _____
c. Si toma insulina, cuál y la dosis. _____
 10. Tiene usted una válvula cardíaca artificial? Si NO
a. Si fuera el caso, es mitral o aórtica? MITRAL _____ AORTICA _____
b. Tiene usted un marcapasos? Si NO Si fuera el caso, en qué fecha se lo pusieron? _____
 11. Tienes un desfibrilador? Si NO Si fuera el caso, en qué fecha se lo pusieron? _____
 12. Tiene usted un estent coronario, o más que uno? Si NO
Si fuera el caso, cuántos? _____ Fecha de implantación _____
 13. Ha tenido usted o tiene el cáncer? Si NO
a. Si fuera el caso, favor de explicar de qué tipo y su tratamiento. _____
 14. Tiene usted un puerto-catéter? (una entrada permanente intravenosa en su pecho o su brazo) Si NO
Si lo tiene, cuándo lo usaron por última vez? _____

Una vez firmado este documento, favor de mandarlo por correo electrónico a Deanna Lennon, coordinadora de derivación, en la dirección DLennon@amsurg.com

Al firmar este documento, usted declara que la información contenida es exacta.

FECHA DE HOY

FIRMA