

Washington Colorectal Surgery Associates

1625 N. George Mason Drive, Suite 454, Arlington, Va. 22205

(703) 717-4180 ph

(703) 717-4181 fx

Registro De Paciente Nuevo Y Historia Medica

Por favor conteste la siguiente preguntar. Para que el Tratar pordia darle la mejor cuidad para su salud con la informacion correcto de usted y su familia

Fecha: _____ Fecha De Nacimiento: _____

De Seguro Social: _____

Nombre: _____

Sexo: F _____ M _____ Edad: _____ Raza: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero De Telefono: _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Podemos Dejar Informacion Medica En Su Correo De Voz en su casa? Si No

Direccion via Email: _____

Estado Civil: _____

Nombre de su esposa/o or companeria/o _____

Number de persona que porde recibir infomacion medica aserca de uste _____

Relacion de uste? _____ Telefono: _____

Tienes un trabajo? Si No Retirarado? Si No

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion De Su Trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tiene Un Testamento? Si No

Nombre de medico que lo refiere a uste/ Nombre de medico general? _____

Telefono: _____ Fax: _____

Nomero de la Farmacia: _____ Fax: _____

Informacion Del Seguro Principal

Nombre de seguro: _____ Auth# _____

Nombre de la persona que tiene el segero: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion a uste? _____ Numero de seguro: _____

Numero de grupo? _____ Nombre de su empleador: _____

Informacion Del Seguro Secundario

Nombre de seguro: _____ Auth# _____

Nombre de la persona que tiene el segero: _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion a uste? _____ Numero de grupo? _____

Nombre de su empleador: _____

Medicamentos

Por favor apunte todas las medicinas que esta tomando presentemente

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias

Alguna vez a tenido una reaccion alergica a algun medicamento? Si No
Si su respuesta fue Si, por favor nombre los medicamento y el efecto: _____

Alguna vez ha tenido una reaccion alergica al Yodo? Si No
Por favor explique: _____

Alguna vez ha tenido una reaccion alergica a Latez? Si No
Por favor explique: _____

Historial Social

Cuantos hijos tiene? _____

Las edades: _____

Ha usted usado tabaco? Ahora En el pasado Nunca

Cuantos cigarillos se fuma al dia? _____ Por cuantos anos? _____

Cuando paro de usar tabaco? _____

Ha usted usado alcohol: Ahora En el pasado Nunca

Cuanto toma diariamente? _____

Por cuanto anos? _____

Cuando paro de usar drogas? _____

Hace usted ejercicio? Si No A veces

Toma cafeina? Ahora En el pasado Nunca

Cuantos vasos toma café al dia? _____ Te _____ Soda _____

A tomado or toma alcohol? Ahora Nunca En el pasado

Por cuantos anos a tomado? _____ Cuando pararste de tomar? _____

Historial Medica

Por favor ponga una marca en las condiciones que ha enido en el pasado/presente

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cancer: Que cancer dene? _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiac |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas en el Corazon |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad en los Rinones |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Nerviosas | <input type="checkbox"/> Hipotirodismo |
| <input type="checkbox"/> Pulmonia | <input type="checkbox"/> Colestero |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/Ataque Isquemico | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Coagulos De Sangre | <input type="checkbox"/> Otras condiciones |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Peptico/Enfermedad De Ulcera Gastrica | <input type="checkbox"/> Icpetrisea |
| <input type="checkbox"/> Historial De Sangramiento | <input type="checkbox"/> Apnea de sueno |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | |

Cirugia previa (por favor escriba el procedimiento y ano)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Hospitalizaciones pasadas (por favor escriba el ano y motivo)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Historial Familiar

Por favor marquee las enfermedades o condicion medica que a tenido algun familiar suyo

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Derrame cerebral _____ | Piedras en los rinones _____ |
| Presion alta _____ | Diabetes _____ |
| Enfermedad en el Corazon _____ | Enfermedad en los rinones _____ |
| Enfermedad siquiatica _____ | Alcoholismo _____ |
| Infeccion urinaria _____ | |
| Cancer _____ | |

	<u>Vivos</u>	<u>Edad al presente</u>	<u>Edad al fallecer</u>	<u>Por que fallecio?</u>
Padre:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Madre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Repaso De Sintomas

Aluna vez atenido o tiene los siguiente sintomas

Cabio de peso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aumentar/Disminuir (Circule) por cuantas libras _____		
Enfermedad en los ojos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas en los oidos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Algun problema con su nariz, sinusitis, boca, y garganta	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Falta de aire	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sangramiento en las encias	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ardor al orinar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas al tragar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sangre en la orina	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sangramiento al toser	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Frecuencia urinaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escalofrio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Palpitaciones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor cuando tiene relaciones sexuales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hinchazon en las manos o los pies	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Masas en los cenos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Debilidad en los brazos o las piernas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza frecuentes or ceveros	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Venas varicosas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas con el estomago o ulcera	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Glandulas inflalmadas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Estrenimientos o diarehea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hemoroides o sangramiento rectal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en las conyutaras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desmayos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Irritacion en el cuerpo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Perdida del conocimiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresion	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mareos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Halucinaciones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Historial previo de condiciones de colon y del rectal

Sangramiento rectal Si No

Que tipo de sangramient?

Sangre fresca Si No

Sangre oscura Si No

Mezcla de las dos Si No

Coagulos de sangre Si No

Frecuencia Diario Intermitente

Sintomas Si No

Ardor Si No

Prolapso Si No

Tratamiento Evaluacion Previa

Por quien / y adonde? _____

Historial de Colitis Si No Fecha _____

Tratamiento _____

Historial de Diverticulitis Si No Fecha _____

Tratamiento _____

Historial de enfermedad anual Si No

Tipo: Hemorroides Fistula/Fisura Fecha _____

Tratamiento _____

Cancer Colorectal Si No

Tipo: Rectal Colon Izquierdo Colon Derecho Anal Polipo Maligon

Otro

Tratamiento: _____

Fecha y procedimiento _____

Estrenimiento Si No

Falta De Sensacion Al Evacuar

Problemas Eliminando Las Heces

Duras Heces Y Secas Heces

Evacuaciones Dolorosas

Sangramiento Al Evacuar

Problemas En La Frecuencia Al Evacuar

Incontinencia Fecal Si No

Frecuencia Diario Semanal Mensual

Heces Formadas Si No

Heces Liquidas Si No

Gases Si No

Previos procedimientos Colorectales: Si No

Cirugia De Diverticulitis

Cirugia De Incontinencia

Cirugia de problemas anales

Cirugia de cancer en el colon

Otro _____

Cancer De Colon (Colonoscopia) Si No

Resultados _____

Fecha _____

Washington Colorectal Surgery Associates

1625 N. George Mason Drive

Suite 454

Arlington, Va. 22205

Uste pede enviar por fax la registracion complete al

(703)- 717 - 4181

Dr. Othon Wiltz
1625 N. George Mason Dr.
Suite 454
Arlington, VA 22205

EXAMEN ENDOSCOPICO

1. Comera' almuerzo normal el _____
2. Después de este almuerzo normal no comerá dieta sólida hasta después de la cita en la oficina.
3. Puede tomar toda clase de líquidos con excepción de leche.
4. Cinco horas después de haber terminado el almuerzo del _____, se tomara seis cucharadas de leche magnesia (M.O.M.)
5. El _____ antes de acostarse se pondra un Fleet Phosphosoda Enema (caja verde) de adulto y lo aguanta por cinco minuto, cuyo procedimiento se repetira el _____ a _____
6. Su cita es _____ a las _____ (AM) (PM)

