



Asociados en Gastroenterología

Milan S. Chakrabarty, Doctor Médico Gastroenterología General

Indraneel Chakrabarty, Doctor Médico, M.A. Gastroenterología Avanzado e Intervencionista

Sandra Del Valle, PA-C Auxiliar Medico de Gastroenterología

Kathleen Linke, PA-C Auxiliar Medico de Gastroenterología

Fax de la Oficina: (951) 658-6476 · Horas de Oficina: 9 a.m. to 5 p.m, M - F

Dos Ubicaciones:

HEMET 1003 E. Florida Avenue · Suite 101 · Hemet, CA 92543 · (951) 652-2252

TEMECULA 44274 George Cushman Ct. · Suite 208 · Temecula, CA 92592 · (951) 383-6001 (Con Cita)

Formulario de entrevista para pacientes de GI Excellence, Inc.

Información del paciente

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Raza

- Blanco Negro o Africano Asiático Hispano o Latino Indígena Americana o Indígena de Alaska
Hawaiano o de otras islas del pacífico Mezclado Otro No se sabe El paciente no desea compartir estos datos
Prohibido por ley del estado

Etnicidad

- Hispano o Latino No Hispano ni Latino El paciente no desea compartir estos datos Prohibido por ley del estado

Idioma Preferida

- Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

Alergias

- El paciente no tiene alergias conocidas El paciente no tiene alergias a cualquier droga conocida
Aspirina, AINE Codeína Penicilinas Yodo Sulfa
Latex Versed Fentanyl Propofol Otro: \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales

Ninguno

Table with 3 columns: Nombre, Dosis, ¿Cómo fue tomado?

Ninguno

- Hep B Vacuna contra la gripe DTaP Pneumovax
Cuando: Cuando: Cuando: Cuando: \_\_\_\_\_

Estudios de diagnóstico / Pruebas

- Ninguno Endoscopia Colonoscopia CT Abdomen CT Pelvis Abdominal U/S
Cuando: Cuando: Cuando: Cuando: Cuando:
Ultrasonido Endoscópico Abdominal MRI/MRCP Otro: Otro: Otro:
Cuando: Cuando: \_\_\_\_\_

## Condiciones Médicas Pasados o Presentes

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Fibrilación Atrial	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de arteria coronaria
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ulceras sangrantes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/> Barrets Esófago	<input type="checkbox"/> Pólipos de colon	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/> Trombosis de Vena profunda
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> GERD	<input type="checkbox"/> H. pilóricas	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Hernia hiatal	<input type="checkbox"/> alta presión de sangre
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Deficiencia de hierro	<input type="checkbox"/> Infarto miocardial	<input type="checkbox"/> enfermedad de Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Pulmonar embolus
<input type="checkbox"/> síntomas del síndrome del intestino irritable (IBS)	<input type="checkbox"/> S/P Sangre GI	<input type="checkbox"/> S/P Estents x3	<input type="checkbox"/> TIA	
<input type="checkbox"/> S/p Gástrico Bypass				

## Procedimientos Previos

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga	<input type="checkbox"/> Bypass Surgery	<input type="checkbox"/> Sección cesárea
<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula aortica	<input type="checkbox"/> Remover pólipo de colon	<input type="checkbox"/> Colon Resection	<input type="checkbox"/> Gallbladder removed	<input type="checkbox"/> Gastric Band
<input type="checkbox"/> Estents coronarios	<input type="checkbox"/> Hemicolectomía	<input type="checkbox"/> Hemorrhoidectomy	<input type="checkbox"/> Hysterectomy	<input type="checkbox"/> Inguinal Hemiorraphy
<input type="checkbox"/> Cirugía de "bypass" gástrico				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Occupation: \_\_\_\_\_

Number of Children: \_\_\_\_\_

### Marital Status

Single     
  Married     
  Divorced     
  Separated     
  Widowed  
 Civil Union

### Alcohol

None

Type	Quantity	Frequency
<input type="checkbox"/> wine	glasses	Times /week
<input type="checkbox"/> beer	cans/bottles	Times /week
<input type="checkbox"/> liquor	shots	Times /week

**Alcohol**

None

Type	Quantity	Frequency
<input type="checkbox"/> wine	glasses	Times /week
<input type="checkbox"/> beer	cans/bottles	Times /week
<input type="checkbox"/> liquor	shots	Times /week

**Tobacco**

Smoking Status     Current every day smoker     Current some day smoker     Former smoker     Never smoker

Smoker current status unknown     Unknown if ever smoked

**Drug Use**

None

Type	Quantity	Frequency
<input type="checkbox"/>		

**Review Of Systems**

<p><b>Allergic/Immunologic</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>HIV exposure persistent infections strong allergic reactions or urticaria</p> <p><b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>chest pain shortness of breath irregular heart beat orthopnea palpitations peripheral edema fainting or dizziness</p> <p><b>Constitutional</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>fatigue fever loss of appetite malaise sweats weight gain weight loss</p> <p><b>ENT</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>difficulty swallowing dizziness double vision ear pain loss of vision nasal obstruction nose bleeds photophobia sore throat</p> <p><b>Endocrine</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>excessive thirst hair loss heat intolerance</p>	<p><b>Gastrointestinal</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>abdominal pain abdominal swelling change in bowel habits constipation diarrhea gas heartburn jaundice nausea rectal bleeding stomach cramps vomiting</p> <p><b>Genitourinary</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>dark urine decrease in urine flow dysuria frequent urinary infections frequent urination hematuria impotence nocturia urethral discharge or incontinence</p> <p><b>Hematologic/Lymphatic</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>bleeding gums or palpable lymph nodes easy bruising prolonged bleeding</p> <p><b>Integumentary</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>allergies dryness hives itching jaundice lesions rashes</p>	<p><b>Musculoskeletal</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>arthritis back pain gout joint deformity joint pain muscle weakness stiffness</p> <p><b>Neurological</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>dizziness fainting frequent headaches migraine numbness or tingling seizures tremors vertigo</p> <p><b>Psychiatric</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>anxiety depression difficulty sleeping hallucinations nervousness panic attacks paranoia</p> <p><b>Respiratory</b> <input type="checkbox"/> None</p> <p>asthma cough dyspnea excessive sputum hemoptysis shortness of breath with exercise wheezing</p>
---	---	--

**Pharmacy**

Name: \_\_\_\_\_