

GASTROENTEROLOGY HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE GASTROENTEROLOGÍA)

First Name (Nombre):	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Last Name (Apellido):	
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):	
Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	
Preferred Language (Idioma Preferido):	

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)									
Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	
AAA (Abdominal aortic aneurysm) (Aneurisma de la aorta abdominal)			Crohn's disease (La enfermedad de Crohn)			Hypertension –High Blood Pressure (Alta presión arterial)			
Alcoholism (Alcoholismo)			Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)			Irritable bowel syndrome (Síndrome del intestino irritable)			
Anemia – Low blood count (Anemia – Bajo recuento)			Diverticulitis (Diverticulitis)			Kidney disease (Enfermedad del riñón)			
Barrett's esophagus (El esófago de Barrett)			Esophageal varices (Las várices esofágicas)			Cirrhosis (Cirrosis)			
Cancer (Cáncer)			Fatty Liver (Hígado graso)			Clotting disorder (Trastorno de coagulación)			
Celiac disease (La enfermedad celíaca)			Lactose intolerance (Intolerancia a la lactosa)			Pancreatitis (Pancreatitis)			
GERD (Acid Reflux) (Reflujo de acidez gástrica)			Liver disease (La enfermedad del hígado)			Pneumonia (Neumonía)			
GI bleeding (Hemorragia gastrointestinal)			GI Ulcer (GI Úlcera)			Stroke (Derrame Cerebral)			
Lupus (Lupus)			Hepatitis (Hepatitis)			Lung Disease (Enfermedad en pulmones)			
Colon cancer (Cáncer del colon)			Hernia (Hernia)			Ulcerative Colitis (Colitis Ilcerativa)			
Colon polyps (Pólipos del colon)			HIV/AIDS (VIH/SIDA)			Heart Disease (Enfermedad del Corazón)			
Coronary artery disease - Heart disease			Hyperlipidemia - High Cholesterol (Hiperlipidemia)						

Other medical history (Otro historial medico):

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICO)									
Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	
Abdomen surgery (Cirugía del abdomen)			Gastric fundoplication (Funduplicatura gástrica)			Hemorrhoidectomy (Hemorrhoidectomy)			
Liver transplant (Trasplante de hígado)			Appendectomy (Apendectomía)			Hernia repair (Reparación de la hernia)			
Tubal ligation (La ligadura de trompas)			Polypectomy – Polyp Removal (Polipectomía - Extirpación de pólipos)			Cholecystectomy - Gallbladder removal (Colecistectomía - Extirpación de la vesícula)			
Hysterectomy (Histerectomía)			Upper GI endoscopy (La endoscopia)			Colonoscopy (Colonoscopia)			
ERCP (Endoscópica colangiopancreatografía)			Liver biopsy (La biopsia hepática)			Weight loss surgery (La cirugía para adelgazar)			
Colon surgery (Cirugía del colon)			Flexible sigmoidoscopy (La sigmoidoscopia flexible)			Stomach surgery (La cirugía del estómago)			
Rectal surgery (Cirugía rectal)			Small intestine surgery (Cirugía de intestino delgado)						

Other surgical history (Otro historial de cirugía):

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES) <i>continued on back</i>																										
Relationship (Relación)	Celiac Disease (La enfermedad celíaca)	Cholelithiasis (La coledolitiasis)	Cirrhosis (Cirrosis)	Colon Cancer (Cáncer del colon)	Colon Polyps (Pólipos del colon)	Crohn's Disease (La enfermedad de Crohn)	Cystic Fibrosis (La fibrosis quística)	Diabetes (Diabetes)	Inflammatory Bowel (Inflamatoria del intestino)	Irritable Bowel Syndrome (Síndrome del intestino irritable)	Liver Disease (La enfermedad del hígado)	Ulcerative Colitis (La colitis ulcerosa)	Wilson's Disease (Enfermedad de Wilson)	Stroke (Derrame cerebral)	Heart Disease (Enfermedad del corazón)	Hyperlipidemia - High Cholesterol (Hiperlipidemia)	Hypertension - High blood pressure (Alta presión arterial)	Pancreatic Cancer (Cáncer del páncreas)	Uterine Cancer (Cáncer uterino)	Breast Cancer (Cáncer de mama)	Ovarian Cancer (Cáncer de ovario)	Prostate Cancer (Cáncer de próstata)	ADD/ADHD (ADD/ADHD)	COPD (EPOC)	Lung Disease (Enfermedad Pulmonar)	
Mother (Madre)																										
Father (Padre)																										

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES) cont.

Relationship (Relación)	Celiac Disease (La enfermedad celíaca)	Cholelithiasis (La colelitiasis)	Cirrhosis (Cirrosis)	Colon Cancer (Cáncer del colon)	Colon polyps (Pólipos del colon)	Crohn's Disease (La enfermedad de Crohn)	Cystic Fibrosis (La fibrosis quística)	Diabetes (Diabetes)	Inflammatory Bowel (Inflamatoria del intestino)	Irritable Bowel Syndrome (Síndrome del intestino irritable)	Liver Disease (La enfermedad del hígado)	Ulcerative Colitis (La colitis ulcerosa)	Wilson's Disease (Enfermedad de Wilson)	Stroke (Derrame cerebral)	Heart Disease (Enfermedad del corazón)	Hyperlipidemia - High Cholesterol (Hiperlipidemia)	Hypertension - High blood pressure (Alta presión arterial)	Pancreatic Cancer (Cáncer del páncreas)	Uterine Cancer (Cáncer uterino)	Breast Cancer (Cáncer de mama)	Ovarian Cancer (Cáncer de ovario)	Prostate Cancer (Cáncer de próstata)	ADD/ADHD (ADD/ADHD)	COPD (EPOC)	Lung Disease (Enfermedad Pulmonar)
Sister (Hermana)																									
Brother (Hermano)																									
Maternal Aunt (Tía Materna)																									
Maternal Uncle (Tío Materno)																									
Paternal Aunt (Tía Paterna)																									
Paternal Uncle (Tío Paterno)																									
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																									
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																									
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																									
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																									

Additional Relatives (Parientes Adicionales):

Adopted (Adoptado/a)

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): Yes (Sí) No **Packs per day (Paquetes por día):** .25 .5 1 1.5 2 3 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 10 15 _____ **Quit date (mm/dd/yyyy):** _____
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): Yes (Sí) No **Quit date (mm/dd/yyyy):** _____
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) Yes (Sí) No

Comment (comentario):

Alcohol Use (Uso de Alcohol): Yes (Sí) No **Comment (comentario):**

Drinks/Week: _____ **glasses of wine (copas de vino)**
(Bebidas/Semana) _____ **cans of beer (latas/botes de cerveza)**
_____ **shots of liquor (tragos de licor)**
_____ **drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)**

Alcohol/Week (Alcohol/Semana):

Drug Use (Uso de Drogas): Yes (Sí) No **Comment: (Comentario)**

Use/Week: _____ **Types: (Tipo)**

<input type="checkbox"/> "Crack" cocaine	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Flunitrazepam	<input type="checkbox"/> GHB
<input type="checkbox"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine	<input type="checkbox"/> LSD
<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone	<input type="checkbox"/> Methylphenidate
<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Psilocybin
<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____				

Sexual Activity (Actividad Sexual): Yes (Sí) No **Comment (comentario):**
 Not Currently (No Actualmente)

Partners (Pareja): Male (Hombre) Female (Mujer)

Birth Control / Protection: (Método Anticonceptivo/Protección)

<input type="checkbox"/> Abstinence (Abstinencia)	<input type="checkbox"/> Coitus interruptus (Coito interrumpido)	<input type="checkbox"/> Condom (Condón)	<input type="checkbox"/> Diaphragm (Diafragma)
<input type="checkbox"/> Implant (Implante)	<input type="checkbox"/> Inserts (Cápsulas anticonceptivas vaginales)	<input type="checkbox"/> IUD (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/> OCP (Píldora anticonceptiva oral)
<input type="checkbox"/> Patch (Parche)	<input type="checkbox"/> Rhythm (Ritmo)	<input type="checkbox"/> Spermicide (un espermicida)	<input type="checkbox"/> Sponge (Esponja)
<input type="checkbox"/> Surgical (cirugía)	<input type="checkbox"/> Birth Control Pill (Pastilla anticonceptiva)	<input type="checkbox"/> None (nada)	<input type="checkbox"/> Other (otro)