

# La Clínica Borland-Groover

Revisión de sistemas GI – Hombre

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Instrucciones: ¿Tiene usted tenía siguiente en los últimos seis meses?

<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	los resfriados		dolor de pecho		micción doloroso		vértigos		dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tener fiebre		hinchazón de la extremidad		sagre en el orin		dolor de cabeza		dolor de un músculo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	falta de energía		palpitaciones		frecuencia urinaria		entumecimiento		dolor de la articulación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	adelgazar				incontinencia urinaria		estremecimiento		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sensación del giro del sitio
<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	visión doble		dolor abdominal		flujo blanco pene		ansiedad		desangramiento fácilmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dolor de ojo		cambio en hábitos del intestino		disfunción sexual		depresión		acumulación de sangre extravasada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	congestión nasal		estreñimiento				estrés creciente		glándulas de linfa agrandadas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	garganta dolorida		diarrea						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			el tragar de la dificultad						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			ardor de estómago						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			sangre en el vómito						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
			sangre en excremento		intolerancia de la fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>No</b>	<b>Sí</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	corto de la respiración		pérdida de apetito		sed excesiva		alergia de contacto		asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	frecuente la tos		excremento negro		intolerancia del calor		urticaria		exposición química en el lugar de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dolor con la respiración		nausea		ampliación del pecho		el picar		alergia de comida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	el resuello		reflujo				erupción en la piel		sistema inmunológico alterado/debilitado
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			el vomitar						alergias estacional

# La Clínica Borland-Groover

Historia médico generado por el paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 PCP (médico de la atención primaria) \_\_\_\_\_ El referirse \_\_\_\_\_ Copias enviadas a \_\_\_\_\_  
 Farmacia \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

**Instrucciones: Circunde por favor de los siguiéndole han experimentado personalmente durante su vida:**

## Su último historia medico:

Asma/enfisema/COPD

(enfermedad crónica pulmonary)

Transfusión de sangre Fecha: \_\_\_\_\_

Cáncer de:

Pecho	Hígado	Páncreas
Colon	Pulmón	Próstata
Esófago	Ovario	Estómago
Otro _____		Útero

Paro cardíaco congestivo

Enfermedad de la arteria coronaria

Enfermedad de Crohns/ Colitis ulcerosa

Diabetes mellitus: Tipo 1 Tipo 2

GERD (enfermedad, gastroesofagico, De Reflujo)

Presión arterial alta

Síndrome de intestino irritable

Enfermedad de hígado

Inflamación del pancreas

Apnea sueño

Enfermedad de úlcera

Otro \_\_\_\_\_

Alergia

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Su última historia quirúrgica:

Fecha

Apendectomía \_\_\_\_\_  
 Válvula de corazón artificial \_\_\_\_\_  
 Articulación artfical \_\_\_\_\_  
 Obstrucción de las entrañas \_\_\_\_\_  
 Reparación/resección de las entrañas \_\_\_\_\_  
 CABG/derivación vascular de corazón \_\_\_\_\_  
 Cesárea \_\_\_\_\_  
 Extracción de vesicular biliar \_\_\_\_\_  
 Histerectomía Partial Total \_\_\_\_\_  
 Arteria de cuello/cirugía vascular \_\_\_\_\_  
 Cirugía pancreas \_\_\_\_\_  
 Flujo de retorno/hernia de hiato \_\_\_\_\_  
 Cirugía para úlcera \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

Lista de problemas medicos/razón de la visita

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Su historia social:

Ocupación \_\_\_\_\_ trabajando/jubilado

Tobaco Sí/No Tipo: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_ Anterior \_\_\_ Qué año paró \_\_\_

Alcohol: Sí/No Bebidas por día \_\_\_\_\_ social \_\_\_\_\_

Anterior \_\_\_\_\_ Qué año paró \_\_\_\_\_

Uso recreacional de las drogas: Sí/No Tipo: \_\_\_\_\_

Estado civil: casado \_\_\_ solo \_\_\_ divorciado \_\_\_ viuda \_\_\_

Numero de los hijos: chicos: \_\_\_\_\_ chicas: \_\_\_\_\_

**Instrucciones: Circulo por favor un de los siguiendo eso existe en su familia.**

## Sus antecedentes familiares

Tipo	Relación	Paternal/ Maternal	Edad
Cáncer de pecho	_____	P/M	_____
Cáncer de colon	_____	P/M	_____
Cáncer de ovario	_____	P/M	_____
Cáncer de utero	_____	P/M	_____
Cáncer _____	_____	P/M	_____
Polyps de colon	_____	P/M	_____
Enfermedad de Crohn	_____	P/M	_____
Cálculos/piedras biliares _____	_____	P/M	_____
Enfermedad de hígado _____	_____	P/M	_____
Enfermedad de pancreático _____	_____	P/M	_____
Colitis ulcerosa	_____	P/M	_____
Úlceras	_____	P/M	_____

Madre: Alive Sí/No No si es así causa \_\_\_\_\_

Padre: Alive Sí/No No si es así causa \_\_\_\_\_

Hermana: Alive Sí/No No si es así causa \_\_\_\_\_

Hermano: Alive Sí/No No si es así causa \_\_\_\_\_

Otras enfermedades que funcionan en la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

