

**J. GUILLERMO TRABANINO, M.D., P.A.**

I. HISTORIA DEL PACIENTE FECHA \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PACIENTE NO. \_\_\_\_\_  
OCUPACION \_\_\_\_\_  
MEDICO QUE LO REFIERE \_\_\_\_\_

II. De una explicacion breve de los sintomas que le han hecho consultar:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha tenido evacuaciones de color negro o como alquitran?	SI	NO
Tiene Ud. Molestias con gases?	SI	NO
Ha notado algun cambio en sus habitos intestinales?	SI	NO
Tiene Ud. diarrea?	SI	NO
Cuantas evacuaciones tiene al dia?	SI	NO
Toma laxantes con regularidad?	SI	NO
Tiene diarrea y estrenimiento alternativeamente?	SI	NO
Ha notado sangre en sus evacuaciones intestinales?	SI	NO

III. Ha tenido nausea o vómito recientemente?	SI	NO
Ha recibido transfusion de sangre?	SI	NO
Tiene algun problema del higado?	SI	NO
Ha perdido peso durante el ultimo ano?	SI	NO
Cuantas libras _____		
Tiene deficultad para tragar?	SI	NO
Tiene Ud. problemas de ingestion?	SI	NO
Tiene dolores de pecho	SI	NO
Despierta Ud. aveces ahogandose con contenido gastrico?	SI	NO
Ha tenido algun dolor abdominal reciente?	SI	NO
Tiene historia de ulcera gastrica o del duodeno?	SI	NO
Toma Ud. antiacidos regularmente? (Roloids, Tums, etc.)	SI	NO
Ha vomitado sangre alguna vez?	SI	NO
Toma Ud. aspirina o medicamentos que contengan la misma?	SI	NO
Le causa la leche gases o diarrea?	SI	NO
Tiene hemorroides?	SI	NO
Tiene dolor despues de evacuar?	SI	NO
Tiene o ha tenido calculos en la vesicula?	SI	NO
Ha tenido pancreatitis?	SI	NO
Ha notado recientemente que sus evacuaciones Flotan grasosas?	SI	NO

IV. HISTORIA MEDICA

Ha tenido operaciones previas? SI NO  
Describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha tenido enfermedades graves? SI NO  
Describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V. Tiene historia familiar de: calculos \_\_\_\_\_

cancer del colon \_\_\_\_\_

problemas de higado \_\_\_\_\_

cancer gastrico \_\_\_\_\_

polipos en el colon \_\_\_\_\_

Ha viajado fuera de los estados unidos durante el ultimo ano? SI NO

Ha tenido Ud. hepatitis? SI NO

Tiene Ud. buen apetito? SI NO

Durante embarazos ha tenido icterica? SI NO

Ha perdido Ud. su apetito? SI NO

VI. Toma alcohol regularmente SI NO

Fuma SI NO

Reacciones alergicas a medicamentos SI NO

Describa \_\_\_\_\_

Toma medicinas regularmente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARA USE DEL PERSONAL DE LA OFICINA:

WT: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_