

LVPG GASTROENTEROLOGY

Please complete this form prior to your visit to our office.

Today's Date: _____
 Patient Name: _____ Maiden Name (if applicable) _____
 Preferred Name: _____
 Mailing Address: _____
 Email Address: _____
 Cell Phone: _____ Home Phone: _____
 Social Security Number: _____ Date of Birth: ___/___/___
 Birth Sex: M_F_Other _____ Identifies as: M_F_Other _____
 Race: ___Asian ___Native Hawaiian ___Other Pacific Islander ___Black/African American ___
 ___White ___More than 1 Race ___Unreported/Refused to Report
 Ethnicity: ___Hispanic/Latino ___Not Hispanic/Latino ___Unreported/Refused to Report
 Preferred Language: _____
 Referred by: _____ Family Doctor: _____
 Reason for Appointment: _____

Your Past Medical History		High Cholesterol.....	No	Yes
Anemia	No Yes	Hypertension.....	No	Yes
Arthritis	No Yes	Hyperthyroidism	No	Yes
Atrial Fibrillation.....	No Yes	Hypothyroidism	No	Yes
Asthma/COPD.....	No Yes	Kidney Stones.....	No	Yes
Bleeding Tendency.....	No Yes	Migraines	No	Yes
Breathing Problems.....	No Yes	Kidney Disease	No	Yes
Cancer	No Yes	Sleep Apnea.....	No	Yes
Diabetes	No Yes	Seizures.....	No	Yes
Fibromyalgia.....	No Yes	Stress/Anxiety.....	No	Yes
GERD	No Yes	Stroke.....	No	Yes
GI Bleed	No Yes	Ulcerative Colitis/Crohn's.....	No	Yes
Gout	No Yes	Vitamin D Deficiency	No	Yes
Heart Failure/Heart Attack.....	No Yes	Additional medical problems: _____		
History of Colon Polyps.....	No Yes	_____		
History of Diverticulitis.....	No Yes	_____		
History of Blood Clots.....	No Yes	_____		

PAST OPERATIONS: List all surgical operations, (especially abdominal, hernia, hemorrhoids, hysterectomy, cardiac, heart valve, pacemaker, artificial joints, cataracts, etc.) Give the year, physician and location

Operation	Year	Physician	Hospital-City-State

MEDICATIONS – List all prescription and non-prescription medications you presently take including: aspirin, vitamins, herbs, dietary supplements, calcium, laxatives, eye drops, medical marijuana, etc. (Attach additional pages if necessary)

Pharmacy Preference _____ Phone: _____
 Mail Order Pharmacy _____ Phone: _____

(Continued on reverse side)

Medicines	Dose	How often	Occasional	Reason for Use

Allergies – List all allergies to drugs, medicines, bee sting, etc. and give reaction.
 Are you allergic to latex? ___yes ___no Are you allergic to Nickel? ___yes ___no
 Are you allergic to Penicillin? ___yes ___no

Drug/Agent	Reaction	Drug/Agent	Reaction

FAMILY HISTORY – Please provide the following information on your **parents, siblings and children:**

Breast Cancer	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Colon Cancer	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Colon Polyps	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Esophageal Cancer	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Liver Disease	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Crohn’s Disease	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Ulcerative Colitis	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Pancreatic Cancer	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Prostate Cancer	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____
Stomach Cancer	Yes ___ No ___	If yes, who _____	At What Age _____

Social History

Alcohol Use: Never Occasionally Moderate Daily

Tobacco Use: Never Previously, but quit Current packs/day _____

Caffeine Use: Never Rarely Moderate Daily

Drug Use: Never Rarely Moderate Daily Drugs used: _____

Relationship status: Single Married Separated Divorced Widowed

Living Situation: Alone With Spouse With parents With partner In Nursing home Other _____

Tattoos: No Yes Total number _____

PREVIOUS GI EVALUATIONS – Give the year, location (hospital or other) and, if known, result of the following medical studies:

Study:	Year	Location	Result if known
Colonoscopy			Polyps: yes no
Upper Endoscopy (EGD)			
Abdominal CAT (CT Scan)			
Abdominal Ultrasound			
Barium Enema			
Upper GI Series			

Health Maintenance: Last Pap smear: _____ Last Mammogram: _____
 Have you received the following vaccines and if yes when: Pneumonia: _____ Influenza: _____
 COVID: Pfizer (1) (2) Moderna (1) (2) J & J

LVPG GASTROENTEROLOGY

Favor de completar este formulario antes de visitar el consultorio.

Fecha de hoy: _____
 Nombre del paciente: _____ Apellido de soltera (si es aplicable) _____
 Nombre preferido: _____
 Dirección: _____
 Dirección de correo electrónico: _____
 Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono particular: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/_____
 Sexo al nacer: M_ F_ Otro _____ Se identifica como: M_ F_ Otro _____
 Raza: ___ Asiático ___ Nativo de Hawái ___ De otra isla del Pacífico ___ Negro/Afroamericano ___
 ___ Blanco ___ Más de una raza ___ No declarado/Se niega a declarar
 Origen étnico: ___ Hispano/Latino ___ No hispano/Latino ___ No declarado/Se niega a declarar
 Idioma de preferencia: _____
 Referido por: _____ Médico de cabecera: _____
 Motivo de la cita: _____

Historial médico					
Anemia	No	Sí	Colesterol alto.....No	Sí	
Artritis	No	Sí	Hipertensión.....No	Sí	
Fibrilación atrial.....	No	Sí	Hipertiroidismo	No	Sí
Asma/EPOC.....	No	Sí	Hipotiroidismo	No	Sí
Tendencia a sufrir hemorragias.....	No	Sí	Cálculos renales.....	No	Sí
Problemas para respirar.....	No	Sí	Migrañas	No	Sí
Cáncer	No	Sí	Enfermedad renal	No	Sí
Diabetes	No	Sí	Apnea del sueño.....	No	Sí
Fibromialgia.....	No	Sí	Convulsiones.....	No	Sí
ERGE.....	No	Sí	Estrés/Ansiedad.....	No	Sí
Sangrado gastrointestinal.....	No	Sí	Derrame cerebral.....	No	Sí
Gota	No	Sí	Colitis ulcerosa/Enfermedad de Crohn.....	No	Sí
Insuficiencia cardiaca/Ataque al corazón.....	No	Sí	Deficiencia de Vitamina D	No	Sí
Antecedentes de pólipos en el colon.....	No	Sí	Problemas médicos adicionales: _____		
Antecedentes de diverticulitis.....	No	Sí	_____		
Antecedentes de coágulos de sangre.....	No	Sí	_____		

HISTORIAL DE CIRUGÍAS: Mencione todas las operaciones quirúrgicas (sobre todo las abdominales, por hernias, hemorroides, histerectomía, cardiaca, válvula cardiaca, marcapasos, articulaciones artificiales, cataratas, etc.). Mencione el año, el médico y el lugar

Operación	Año	Médico	Hospital-Ciudad-Estado

MEDICAMENTOS – Mencione todo medicamento, con o sin receta, que está tomando, incluyendo: aspirina, vitaminas, hierbas medicinales, suplementos alimenticios, calcio, laxantes, gotas oculares, marihuana medicinal, etc. (Agregue páginas adicionales si es necesario)

Farmacia de preferencia _____ Teléfono: _____
 Farmacia para orden por correo _____ Teléfono: _____
(Sigue al otro lado)

Medicamentos	Dosis	Qué tan a menudo	Ocasional	Motivo del uso

Alergia – Mencione toda alergia a drogas, medicamentos, picadura de abeja, etc., y describa la reacción.
 ¿Es alérgico al látex? sí no ¿Es alérgico al níquel? sí no
 ¿Es alérgico a la penicilina? sí no

Medicamento/Agente	Reacción	Medicamento/Agente	Reacción

ANTECEDENTES FAMILIARES – Proporcione la siguiente información de sus **padres, hermanos e hijos:**

Cáncer de mama	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Cáncer de colon	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Pólipos en el colon	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Cáncer de esófago	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Enfermedad hepática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Enfermedad de Crohn	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Colitis ulcerosa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Cáncer de páncreas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Cáncer de próstata	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____
Cáncer de estómago	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si contestó que sí, quién _____	A qué edad _____

Historial social

Consumo de alcohol: Nunca Ocasionalmente Moderado Diario

Uso de tabaco: Nunca Antes, pero ya no Paquetes al día actualmente _____

Consumo de cafeína: Nunca Rara vez Moderado Diario

Uso de drogas: Nunca Rara vez Moderado Drogas usadas diariamente: _____

Situación sentimental Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Situación de vivienda Solo(a) Con cónyuge Con padres Con pareja En asilo de ancianos Otra _____

Tatuajes No Sí Número total _____

EVALUACIONES GASTROINTESTINALES ANTERIORES – Mencione el año, el lugar (hospital u otro) y, si lo sabe, el resultado de los siguientes estudios médicos:

Estudio:	Año	Lugar:	Resultado, si lo conoce
Colonoscopia			Pólipos: sí no
Endoscopia superior (EGD)			
TAC abdominal (tomografía computarizada)			
Ultrasonido abdominal			
Enema opaco			
Serie GI superior			

Mantenimiento de la salud: Papanicolaou más reciente: _____ Mamografía más reciente: _____
 ¿Se ha vacunado de lo siguiente? Si contestó que sí, ¿cuándo? Neumonía: _____ Influenza: _____
 COVID: Pfizer (1) (2) Moderna (1) (2) J & J