



Instituto Gastroenterológico de Humacao

Font Martelo Humacao, P.R. 00971

Teléfono 787-406-2640

Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

M ____ F ____ Seguro Social _____

Información de Contacto

Email: _____

Tel. Res _____ Tel. Trabajo _____

Celular _____ Proveedor de Servicios _____

Dirección Física _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Información de Demográfica

Etnicidad: Hispano ____ No-Hispano ____ Raza: _____

Estilo de Vida

Fuma: ____ Cantidad: _____ ingiere alcohol: ____ Cantidad: _____

Historial Médico

____ operaciones: _____

____ cirugías: _____

____ alergias: ____ comida: _____

____ medicamentos: _____

____ otros: _____

Padece o ha padecido de:

____ Diabetes

____ Epilepsia

____ Hepatitis

____ Alta presión

____ Cáncer: _____

____ Úlcera estomacal

____ Colesterol alto

____ Enfermedad de Crohn's

____ Tuberculosis

____ Tiroides

____ Colitis

____ HIV

____ Leucemia

____ Anemia

____ Enfermedad de los
riñones

___ Artritis

___ Dolor de espalda crónico

Indique los medicamentos que utiliza actualmente, incluyendo medicamentos no recetados y vitaminas o suplementos.

Medicamentos	Dosis
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

Historial Familiar

Padre: edad: ___ edad fallecimiento: ___ causa fallecimiento: _____

Condiciones médicas: ___ cáncer de estómago ___ cáncer de colon ___ diabetes ___ cáncer
___ tiroides ___ hígado: _____ Otro: _____

Madre: edad: ___ edad fallecimiento: ___ causa fallecimiento: _____

Condiciones médicas: ___ cáncer de estómago ___ cáncer de colon ___ diabetes ___ cáncer
___ tiroides ___ hígado: _____

Condiciones Familia Extendida:

___ cáncer de estómago ___ cáncer de colon ___ diabetes ___ tiroides

___ cáncer: _____ hígado: _____

___ Otro: _____