

# Gastroenterología - Cuestionario Para Nuevos Pacientes

## Gastroenterology New Patient Survey

Fecha De Hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Today's Date:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ date of birth: \_\_\_\_\_

Quien la envió: \_\_\_\_\_ Nombre de seguro medico: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Referred by: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_

Ocupación/donde trabaja: \_\_\_\_\_

Occupation/Employer:

La razón por su visita hoy: \_\_\_\_\_

Reason for today's visit:

Por favor ponga una X en los siguientes desordenes/enfermedades que apliquen a usted.

Please check any of the following disorders that apply to you.

Hernia Hiatal \_\_\_\_\_

Hiatal Hernia:

Pancreatitis \_\_\_\_\_

Pancreatitis:

Artritis \_\_\_\_\_

Arthritis:

Reflujo/Acidez \_\_\_\_\_

Reflux/ Heartburn

Cirrosis \_\_\_\_\_

Cirrhosis

Tiroides \_\_\_\_\_

Thyroid Disease

Strictura del Esófago \_\_\_\_\_

Esophageal Stricture

Hepatitis \_\_\_\_\_

Hepatitis

Diabetes \_\_\_\_\_

Diabetes

Úlcera \_\_\_\_\_

Ulcers

Enfermedad del Pulmón \_\_\_\_\_

Lung Disease

Anemia \_\_\_\_\_

Anemia

Intestino Irritable \_\_\_\_\_

Irritable Bowel

Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_

Heart Disease

Desordenes de Circulación \_\_\_\_\_

Circulation Problems

Diverticulosis \_\_\_\_\_

Diverticulosis

Colesterol Alto \_\_\_\_\_

High Cholesterol

Ataque Apopléjico \_\_\_\_\_

Stroke

Colitis \_\_\_\_\_

Colitis

Alta presión de la sangre \_\_\_\_\_

High blood pressure

Convulsiones/Ataques de epilepsia \_\_\_\_\_

Seizures

Pólipo del colon \_\_\_\_\_

Colon polyps

Enfermedad del Riñón \_\_\_\_\_

Kidney Disease

Depresión \_\_\_\_\_

Depression

Hemorroides \_\_\_\_\_

hemorrhoids

Problemas de la Vejiga \_\_\_\_\_

Bladder problems

Cataratas \_\_\_\_\_

Cataracts

Piedras en la vesícula \_\_\_\_\_

Gallstones

Enfermedad de la Próstata \_\_\_\_\_

Prostate Disease

Glaucoma \_\_\_\_\_

Glaucoma