Copper Queen Community Hospital

**Palominas RHC**

10524 E. Hwy 92, Palominas, AZ 85615

Phone: 520-366-0300

Fax: 520-366-9841

**Suzanne Daly, MD Vinod Singh, MD Aaron Patton, PA-C**

**Trámites para pacientes nuevos de gastroenterología**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Esposo(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: ☐Casado(a) ☐Soltero(a) ☐Viudo(a) ☐Divorciado(a)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico con los resultados? ☐ Si ☐ No

Empleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre(s) de persona(s) al que da permiso hablar respecto a su información médica:**

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

Doctor principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón por la que está aquí hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

¿Alergia a medicamento(s)? ☐ No ☐ Si, favor anótelos:

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

Alergia a: ☐ Leche ☐ Soya ☐ Huevo ☐Nada

Bebe Alcohol: ☐ No ☐ Si, Cuanto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dejo? Cuando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fumas? ☐ No ☐ Si, Cuanto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dejo? Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa drogas recreativas: ☐ No ☐ Si, por favor anote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor anote todos sus medicamentos, vitaminas y hierbas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de Medicamento** | **Dosis** | **Frecuencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Cirugías Previas (incluya la fecha)**

vesícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Útero/Histerectomía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apéndice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corazón (Tipo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intestino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Medica Personal (marque todos los que apliquen)**

☐ **Colonoscopia:** Cuando? \_\_\_\_\_\_\_ Resultados: ☐Pólipos ☐Cáncer de colon ☐ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ **Endoscopia:** Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_ Resultados: ☐ IBS ☐ Ulceras (¿dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ **Enfermedad de Hígado:** ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ **Cáncer de**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Crohn’s ☐ Acidez ☐ Colitis Ulcerosa ☐ Anemia ☐ Diabetes

☐ Diverticulosis ☐ Llagas en la boca ☐ Presión Alta ☐ Tobillos hinchados

☐ Piel y Ojos amarillos ☐ Artritis ☐ Enfermedad de los Riñones

☐ Enfermedad de Tiroide: ☐ Hyper ☐ Hypo ☐ Otro(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tiene lo siguiente:**

Problemas del Corazón ☐ No ☐ Si Problemas Pulmonares ☐ No ☐ Si

Dolor de pecho ☐ No ☐ Si Que tan seguido? \_\_\_\_\_\_\_\_ Emphysema/COPD ☐ No ☐ Si

Insuficiencia Cardiaca ☐ No ☐ Si CPAP/Oxigeno ☐ No ☐ Si

marcapasos ☐ No ☐ Si Dificultad para respirar ☐ No ☐ Si

Arrhythmias ☐ No ☐ Si Asma/Silba ☐ No ☐ Si

Bajo nivel de azúcar ☐ No ☐ Si Convulsiones ☐ No ☐ Si

Daño Nervio ☐ No ☐ Si Parálisis ☐ No ☐ Si

Derrame cerebral ☐ No ☐ Si Ansiedad/Depresión ☐ No ☐ Si

Nivel de estrés? ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto

**Por favor marque cualquier síntoma digestive reciente que le aplique:**

☐Dolor de estómago ☐Acidez ☐Reflujo ☐Nausea ☐Vomito ☐Cambio en los hábitos intestinales

☐Diarrea ☐Estreñimiento ☐Sangre en el excremento ☐Sangre en el recto

☐Aumento de peso \_\_\_\_\_\_lbs ☐Pérdida de peso \_\_\_\_\_lbs ☐Hemorroides (☐Interno ☐Externo) ☐Dificultad al tragar

**Historia familiar:** ☐ Desconocido.

Padre: ☐ Vivo: Edad \_\_\_\_\_ ☐ Fallecido: Edad\_\_\_\_\_ Causade fallecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre: ☐ Viva: Edad \_\_\_\_\_ ☐ Fallecido: Edad\_\_\_\_\_ Causade fallecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Historia Familiar** | **¿Quien? De parte de Madre** | **¿Quien? De parte de Padre** |
| Polipos de colon |  |  |
| Colitis Ulcerosa |  |  |
| Enfermedad del higado |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Cancer de colon |  |  |
| Cancer de estomago |  |  |
| Piedras en la vesicula |  |  |
| Crohn’s |  |  |
| IBS/ Que tipo |  |  |
| Pancreatitis |  |  |
| Cancer de ovario/endometrio |  |  |
| Otro tipo de cancer |  |  |

Copper Queen Community Hospital

**Palominas RHC**

10524 E. Hwy 92 Palominas, AZ 85615

Phone: 520-366-0300

Faz: 520-366-9841

**Suzanne Daly, MD Vinod Singh, MD Aaron Patton, PA-C**

**Pre-Anestesia Preguntas de Prueba**

# Este formulario es para brindarle el mejor cuidado posible: estas preguntas son requeridas por nuestro Departamento de Anestesia. Por favor tome un momento para completarlo lo más acertado posible. Gracias por permitirnos darle el mejor cuidado possible!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente:  |  Fecha de Nacimiento: |  Edad |  Altura |  Peso |
|  Propuesta de Cirugia |  Allergia a algun Medicamento (Lista Por favor): |  Allergico al Huevo?  **SI**  **NO** |

Anote todos los suplementos y pastillas que no requieren receta que toma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Cirugías que le han hecho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Uso de Esteroides mayor a 6 meses: NO SI Explicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Trae infección en estos momentos? NO SI

Ha tenido una seria infección de STAPH/MRSA? NO SI Cuando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le han dicho que usted es difícil para entubar? NO SI

Algún familiar ha tenido problemas con la Anestesia? NO SI

Ha tenido fiebre alta debido a la anestesia (Hipertermia Maligna)? NO SI

Algún miembro de la familia ha tenido fiebre debido a la anestesia? No SI

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

Firma de la persona que completo formulario Fecha