



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Doctor que lo ha referido: _____

I. QUEJA PRINCIPAL – RAZON PRINCIPAL POR LA CUAL VE AL DOCTOR EL DIA DE HOY:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Test de hígado anormal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> ERG/Acidez/Indigestión |
| <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Test de heces positivo | <input type="checkbox"/> Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Vómito |
| <input type="checkbox"/> Dolor en parte inferior del abdomen | | <input type="checkbox"/> Dolor en parte superior de abdomen |

II. OTROS SÍNTOMAS QUE ESTE EXPERIMENTADO: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO SI O NO

- | | | |
|--|------------------|--------------------------|
| Hinchazón: Si / No | Diarrea: Si / No | Nausea: Si / No |
| Sangre en las heces: Si / No | Fiebre: Si / No | Estreñimiento: Si / No |
| Dificultad para tragar: Si / No | | Dolor al tragar: Si / No |
| Cambio en hábitos intestinalis: Si / No | | Pérdida de peso: Si / No |
| Dolor en parte baja del abdomen: Si / No | | |
| Dolor en parte superior del abdomen: Si / No | | |
| Otros: _____ | | |

Que preguntas o preocupaciones en específico quisiera discutir con su médico?

III. REVISIÓN DE SISTEMAS – SI ACTUALMENTE ESTÁ EXPERIMENTANDO O HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO SI O NO

CONSTITUCIONAL

- Fatiga: Si / No
 Fiebre: Si / No
 Pérdida de apetito: Si / No
 Pérdida de peso: Si / No
 Aumento de peso: Si / No

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho: Si / No
 Edema: Si / No
 Palpitaciones: Si / No
 Dificultad para respirar: Si / No
 Otros: _____

NEUROLOGICAL

- Debilidad: Si / No
 Dolor de cabeza: Si / No
 Otros: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D.
 Kunal Grover, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D.
 Daniel Bodek, D.O.
 Michael Margolin, M.D.
 Tracy Alves, DNP

Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Michael J. Viksjo, M.D.
 Arun R. Mathew, M.D.
 Robert I. Greenblatt, M.D.
 Guida St. George, PA-C.

GARGANTA, OIDOS, NARIZ

Mal aliento: Si / No
 Ronquera: Si / No
 Sangrado nasal: Si / No
 Goteo postnasal: Si / No
 Dolor de garganta: Si / No
 Otros: _____

GENITOURINARIO

Orinado frecuente: Si / No
 Orinado con dolor: Si / No
 Otros: _____

PSIQUIATRICO

Ansiedad: Si / No
 Depresión: Si / No
 Otros: _____

GINECOLÓGICO

Cambio en el embarazo: Si / No

ENDOCRINO

Piel reseca: Si / No
 Intoleancia al calor o frio: Si / No
 Otros: _____

RESPIRATORIO

Tos: Si / No
 Problema al respirar: Si/No
 Jadeo: Si / No
 Otros: _____

MUSCULOESQUELETICO

Dolor de espalda: Si / No
 Dolor en articulaciones: Si/ No
 Otros: _____

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

Anemia: Si / No
 Hematomas: Si / No
 Tendencia a sangrar: Si / No
 Ganglios linfáticos grandes: Si/No
 Otros: _____

IV: HISTORIA MÉDICA GENERAL

Marque con una "X" si es aplicable

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Dialisis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Prolapso valvula mitral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Cirugia de Valvula | <input type="checkbox"/> Ataque/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Uso de oxígeno en casa |
| <input type="checkbox"/> Bypass de arteria coronaria | | |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria (Balloon) | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular de colágeno | | |
| <input type="checkbox"/> Canula/Stent cardíaco | | |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de valvula cardíaca | | |
- Fechas: _____
 - Fecha: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302



Patrick G. Tempera, M.D. Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Kunal Grover, M.D. Michael J. Viksjo, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D. Arun R. Mathew, M.D.
 Daniel Bodek, D.O. Robert I. Greenblatt, M.D.
 Michael Margolin, M.D. Guida St. George, PA-C.
 Tracy Alves, DNP

V. HISTORIAL MÉDICO GASTROINTESTINAL: POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO SI O NO

Alguna vez ha tenido:

Colonoscopia: Si / No	Cancer de Colon: Si / No
Sangrado gastrico: Si / No	Enfermedad del hígado: Si / No
Enfermedad del intestino irritado: Si / No	Síndrome de colon irritable: Si / No
Colitis Ulcerosa: Si / No	Enfermedad de Crohn: Si/ No
ERG Enfermedad de reflujo gastroesofágico: Si / No	Pancreatitis: Si / No
Pólipos en el colon: Si / No	Enfermedad Ulcerosa: Si / No

VI: HISTORIAL QUIRÚRGICO

Por favor haga una lista de todas las operaciones que se ha realizado

VII: MEDICAMENTOS

Por favor haga una lista de sus medicamentos:

Medicamentos	Dosis	Frecuencia

VIII: ALERGIAS

¿Alguna vez ha experimentado alguna reacción alérgica debido a sedación/anestesia intravenosa, (por ejemplo: Presión baja, ritmo cardíaco bajo, dificultad para respirar, etc)?

Si _____ No _____

Si su respuesta es Si, ¿cuál fue la operacion procedimiento? _____

Fecha del procedimiento: _____

Por favor describa la reacción: _____

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--



Patrick G. Tempera, M.D.
 Kunal Grover, M.D.
 Prakriti Merchant, M.D.
 Daniel Bodek, D.O.
 Michael Margolin, M.D.
 Tracy Alves, DNP

Rajesh Dhirmalani, D.O.
 Michael J. Viksjo, M.D.
 Arun R. Mathew, M.D.
 Robert I. Greenblatt, M.D.
 Guida St. George, PA-C.

Por favor haga una lista de alergias:

Tipo de alergia	Reacción

IX: USO RECREACIONAL

¿Uso de alcohol? Si / No	Cantidad: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de tabaco? Si/ No	Paquetes al día: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de maijuana? Si / No	Tipo: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de vapeadores? Si / No	Cantidad: _____	Frecuencia: _____
¿Uso de drogas ilícitas? Si / No	Cantidad: _____	Frecuencia: _____

116 Millburn Ave, Ste 211
 Millburn, New Jersey 07041
 Ph # (973) 467-2500
 F # (973) 376-5003

1308 Morris Ave, Ste 102
 Union, New Jersey 07083
 Ph # (908) 851-2770
 F # (908) 851-7706

515 North Wood Ave, Ste 202A
 Linden, New Jersey 07036
 Ph # (908) 486-8080
 F # (908) 272-6300

210 North Ave Ste 2
 Cranford, NJ 07016
 Ph # (908) 272-6300
 F # (908) 272-6302