



**Rossana Moura, M.D., P.A.**  
**Gastroenterology & Hepatology**  
**1601 N. Palm Ave, Suite 311**  
**Pembroke Pines, Fl. 33026**  
**Telephone: (954) 874-7900 Fax: (954) 874-7901**

### Información Del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo Legal: F M

Dirección: \_\_\_\_\_  

Calle/Apt
Ciudad
Estado
Código Postal

Tel. de Casa #: \_\_\_\_\_ Tel. de Celular #: \_\_\_\_\_

Soc. Sec. #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro/Afroamericano  Blanco/Caucásico  Nativo Americano  Otro: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

Nombre del Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Número de Oficina: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Tel. de Farmacia #: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro

<b>Seguro Primario</b>	<b>Segundo Seguro</b>
Nombre de Seguro:	Nombre de Seguro:
Nombre de asegurado:	Nombre de asegurado:
Asegurado: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Asegurado: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Asegurado Fecha de Nacimiento:	Asegurado Fecha de Nacimiento:
Relación a Asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre	Relación a Asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre
Paciente ID #:	Paciente ID #:
Group #:	Group #:

### Permiso Para Revelar Información

¿Tenemos permiso para:

Dejar un mensaje en su contestador en casa/Celular?  Si  No

Enviarle resultados vía correo electrónico personal?  Si  No

Discutir su resultados personales con otro miembro de su familia?  Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Pasado o Presente Enfermedades Médicas (Marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pólipos en el Colon	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Osteopenia
<input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico	<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> Hiatal	<input type="checkbox"/> Pancreatitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hepatitis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Problemas de Anestesia <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Reumatoide	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad Parkinson
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Hígado Graso	<input type="checkbox"/> Intestino Irritable <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Piedras de los Riñones	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueno
<input type="checkbox"/> Cirrosis del Hígado	<input type="checkbox"/> Cálculos en la Vesicular	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Ischemic <input type="checkbox"/> Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Delgado <input type="checkbox"/> Grueso	<input type="checkbox"/> Problemas de Corazón <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Duodenal <input type="checkbox"/> Estomago
Otro:			

### Cirugías / Procedimientos Previos (Marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Colonoscopia Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Reemplazo Válvula Corazón	<input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Apéndice	<input type="checkbox"/> Endoscopia Superior Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Articulaciones: _____ <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Remplazo	<input type="checkbox"/> Cirugía de estomago
<input type="checkbox"/> Espalda/Columna Vertebral	<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre Que Año: _____	<input type="checkbox"/> Vesícula	<input type="checkbox"/> Biopsia del Hígado Que Año : _____	<input type="checkbox"/> Amígdalas
<input type="checkbox"/> Mama ( <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo) <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Lumpectomía <input type="checkbox"/> Cosmético <input type="checkbox"/> Mastectomía	<input type="checkbox"/> Bypass de Corazón <input type="checkbox"/> Stent de Corazón	<input type="checkbox"/> Cirugía de Obesidad <input type="checkbox"/> Gastric Bypass <input type="checkbox"/> Gastric Sleeve <input type="checkbox"/> Tummy Tuck	<input type="checkbox"/> Cirugía de Trasplante Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Cirugía de Hemorroides	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Resección de Colon	<input type="checkbox"/> Reparación de Hernia <input type="checkbox"/> Hiatal <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Umbilical	<input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Vasectomía
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	Otro:		

### Revisión De Sistemas (Marque todos los que correspondan):

General	<input type="checkbox"/> Cambio de apetito <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso
Ojos	<input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Enrojecimiento
Otorrino	<input type="checkbox"/> Disminución de la audición <input type="checkbox"/> Olor disminuido <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sangrado nasal
Endocrino(a)	<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Tosiendo sangre
Corazón	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Falta de aliento en el esfuerzo
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Micción dolorosa <input type="checkbox"/> Periodos menstruales pesados
Músculoesquelético	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas <input type="checkbox"/> Dolores musculares
Piel	<input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Lunares anormales
Neurológico	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Parálisis
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas