



# CUESTIONARIO DEL PACIENTE DE OPEN ACCESS \*consulte las opciones de ENVÍO en la última página\*

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Sobrenombre)

NSS: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

**\*\*La Sociedad Americana contra el cáncer recomienda pruebas de detección a los 45 años de edad, pero la mayoría de los planes de seguro comienzan la cobertura a los 50 años.**

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
(Calle o apartado de correos) (Ciudad) (Estado, código postal)

Dirección secundaria: \_\_\_\_\_  
(si es diferente a la anterior) (Calle o apartado de correos) (Ciudad) (Estado, código postal)

Condado: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Raza(seleccione una):  Blanco  Negro o Afroamericano  Hispano  Nativo americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico  Asiático  Otra raza  Prefiero no especificar

Etnia (seleccione una):  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Prefiero no especificar

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Recordatorios de citas a través de:  Llamada telefónica  Correo electrónico  Mensaje de texto  
(seleccione una)

**(circule el número de contacto preferido)**

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
(proporcione una para que le enviemos la invitación al portal para pacientes)

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación) (# de teléfono)

Doctor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico remitente: \_\_\_\_\_  
# de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_  
Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_  
(Calle o apartado de correos) (Ciudad) (Estado, código postal)

**Sin seguro médico y me gustaría analizar las opciones de pago.**

## **Cobertura de seguro primaria**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ # de identificación de afiliado \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_

Dirección para presentar reclamos: \_\_\_\_\_ Precertificación # de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

**Cobertura de seguro secundario** (si aplica)

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ # de identificación de afiliado \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_

Dirección para presentar reclamos: \_\_\_\_\_ Precertificación # de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

**Preguntas médicas/de salud**

Las colonoscopias de detección se consideran como servicios preventivos. Sin embargo, asegúrese de contactar a su compañía de seguro para comprobar su cobertura para la detección de cáncer de colon. Es responsabilidad del paciente confirmar la elegibilidad. Enviaremos todos los reclamos del seguro a su nombre siempre y cuando se nos proporcione la información necesaria.

<b>¿Le recetaron anticoagulantes?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Plavix, Brilinta, Integrilin, Aggrastat, Aggrenox, Ticlid, Pletal, Pradaxa, Savaysa, Elmiron, Fragmin, Tikosyn, Coumadin, Warfarin, Eliquis, Effient, Lovenox, Xarelto)?						
<b>Altura:</b>		<b>Peso:</b>		<b>**La altura Y el peso DEBEN ser exactos. El IMC del paciente determina el lugar más adecuado para los procedimientos. Se cancelarán los procedimientos si el IMC no cumple con los lineamientos del centro del procedimiento.</b>		
¿Aumento de peso sin explicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	lbs	¿Pérdida de peso sin explicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	lbs	¿Está tomando medicamentos para la pérdida de peso? (Fentermina, Benzfetamina, Fendimetrazina, Phenemine, Contrave) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted actualmente en silla de ruedas?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Síntomas/afecciones actuales o recurrentes:</b> (seleccione todas las que apliquen)						
<b><u>Gastrointestinal:</u></b> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Sangrado rectal/ heces con sangre <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/Reflujo <input type="checkbox"/> Dificultad/dolor al tragar <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		¿He tenido una cirugía intestinal en los últimos 6 meses?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista de cirugías _____ ¿Cuándo? _____	
		¿Le ha realizado una prueba con Cologuard, prueba inmunoquímica fecal o prueba de sangre oculta en heces?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo? _____ ¿Qué resultados obtuvo? _____	
		Colonoscopia previa		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____	
		¿Alguna vez ha tenido pólipos en el colon?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		¿Alguna vez ha tenido cáncer de colon?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		¿Tiene familiares con cáncer de colon/pólipos en el colon?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué relación tiene con usted? _____ ¿A qué edad le diagnosticaron? _____	
¿Endoscopia superior por esófago de Barrett?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo?	¿Dónde?
¿Toma medicamentos diario para reflujo, acidez estomacal o esófago de Barrett?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, escriba el nombre del medicamento:	
<b><u>Hematológico:</u></b> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre		<b><u>Cardiovascular:</u></b> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/presión/pesadez <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva			<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad coronaria Si es sí, ¿cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Colocación de stent en el corazón Si es sí, ¿cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Bypass coronario Si es sí, ¿cuándo? _____	
<b><u>Neurológico:</u></b>						

<input type="checkbox"/> Derrame cerebral/accidente isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés) Si aplica, ¿cuándo sucedió? _____ ¿Debilidad continua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos Si aplica, ¿cuándo fue el último episodio? _____		<input type="checkbox"/> La cirugía de válvula cardíaca Si es sí, ¿cuándo? _____		<input type="checkbox"/> Desfibrilador y/o marcapasos Si es sí, ¿qué marca? _____	
<b>Genitourinario:</b> <input type="checkbox"/> Enfermedad/insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Insulina por diabetes <input type="checkbox"/> Medicamentos orales por diabetes <input type="checkbox"/> Diálisis Si es sí, ¿qué tipo? _____			<b>Respiratorio:</b> <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/enfisema/ bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Máquina CPAP <input type="checkbox"/> Con oxígeno Si es sí, ¿cuántos litros y cuándo? _____		
¿Ha sido hospitalizado en el último mes?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuáles son los motivos de la hospitalización?	
¿Ha tenido problemas previos con anestesia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, descríbalos.	
¿Ha recibido un trasplante de órganos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿qué órgano y cuándo?	
¿Recibió quimioterapia y/o radiación en el último mes?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				Si la respuesta es sí, ¿cuándo?	
Enumere cualquier problema médico actual o anterior que no haya sido mencionado anteriormente:					
<b>Historial de cirugías</b> (compruebe todas las que apliquen y proporcione la fecha de la cirugía)					
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	Fecha:	<input type="checkbox"/> Cirugía por obesidad	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides	Fecha:	<input type="checkbox"/> Apendicectomía	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Cirugía de hernia	Fecha:	<input type="checkbox"/> Histerectomía	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Cirugía gástrica	Fecha:	<input type="checkbox"/> Cirugía de baipás coronario/cirugía cardíaca	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Cirugía hepática	Fecha:	<input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Laparotomía	Fecha:	<input type="checkbox"/> Otra _____	Fecha:		
<b>Alergias:</b> (compruebe todas las que apliquen y describa la reacción)			<b>Reacción alérgica:</b>		
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias <input type="checkbox"/> Sulfato de codeína <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Contraste yodado <input type="checkbox"/> Citrato de fentanilo		<input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Petidina <input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Medicamentos</b> (prescritos, de venta libre, herbales)					
Nombre del fármaco		Intensidad/ Frecuencia		Nombre del fármaco	
				Intensidad/Frecuencia	
1)				6)	
2)				7)	
3)				8)	
4)				9)	
5)				10)	

**Aviso legal:**

Estoy de acuerdo con que he respondido a estas preguntas de manera honesta y a mi legal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta podría resultar en complicaciones durante el procedimiento. Estoy de acuerdo en contactar al consultorio y hablar con una enfermera en caso de que haya cambios en mi salud o medicamentos previos a mi procedimiento programado.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Complete estos formularios íntegramente y devuélvalos a nuestro consultorio. Recibirá una llamada de uno de nuestros organizadores para programar su colonoscopia o visita al consultorio. Espere de 5 a 7 días hábiles para que un programador de Open Access se ponga en contacto con usted. Si prefiere hablar con un programador de Open Access, llame al  
(864) 678-8191.

**Envío de formularios:**

Visite nuestro sitio web: [www.gastroassociates.com](http://www.gastroassociates.com)

Envíe un correo a:  
Programa Open Access  
Gastroenterology Associates  
125 Halton Road, Suite 200  
Greenville, SC 29607

Envíe un fax al: (864)451-5187 o (864) 451-5169

Envíe un correo electrónico al: [openaccess2@gastroassociates.com](mailto:openaccess2@gastroassociates.com)