



CUESTIONARIO DEL PACIENTE DE OPEN ACCESS *consulte [las opciones de envió](#) 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 de 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 Hawái 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: _____

Prefiero recordatorios de citas por: (seleccione una) Llamada telefónica Correo electrónico Mensaje de texto
(Marque con un círculo el número de contacto preferido)

Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____

Teléfono de trabajo: _____ Dirección de Correo electrónico: _____
(favor de poner un correo electrónico para que le enviemos la invitación al portal para pacientes)

Contacto de emergencia: _____
(Nombre) (Relación) (# de teléfono)

Médico de cabecera: _____ Médico remitente: _____

Farmacia preferida: _____ # de teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____
(Calle o apartado de correos) (Ciudad) (Estado, código postal)

No tengo seguro médico y me gustaría hablar de las opciones de pago.

Seguro médico primario

Nombre del seguro: _____ # de identificación de miembro _____

Dirección para presentar reclamos: _____ # de teléfono para precertificaci n _____

Nombre del suscriptor: _____ FDN: _____ Relación: _____

Empleador del suscriptor: _____ NSS: _____

Seguro médico secundario (si aplica)

Nombre del seguro: _____ # de identificación de miembro _____

Dirección para presentar reclamos: _____ # de teléfono para precertificaci n _____

Nombre del suscriptor: _____ FDN: _____ Relación: _____

Empleador del suscriptor: _____ NSS: _____

Preguntas médicas/de salud

Las colonoscopías de detección se consideran como servicios preventivos. Sin embargo, asegúrese de contactar a su compañía de seguro para comprobar la cobertura. Enviaremos todos los reclamos al seguro de su parte cuando se proporcione toda la información necesaria.

¿Está tomando algún anticoagulante? <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)?					
Altura:		Peso:		**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 las normas del centro del procedimiento.	
¿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					
¿Utiliza usted actualmente una silla de ruedas?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Síntomas/afecciones actuales o recurrentes: (seleccione todas las que apliquen)					
Gastrointestinal:		¿Se ha sometido a una cirugía intestinal durante los últimos 6 meses?		¿Cuál cirugía? _____ ¿Cuándo? _____	
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Sangrado rectal/ heces con sangre <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómito <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 <input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha realizado una prueba con Cologuard, prueba inmunoquímica fecal (FIT) o prueba de sangre oculta en heces (FOBT)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo? _____ ¿Qué resultados obtuvo? _____	
		¿Alguna vez se ha sometido a una colonoscopia?		¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____	
		¿Alguna vez ha tenido pólipos en el colon?		¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____	
		¿Alguna vez ha tenido cáncer de colon?		¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____	
		¿Tiene familiares con cáncer de colon/pólipos en el colon?		¿Qué relación tiene con usted? _____ ¿A qué edad le diagnosticaron? _____	
Durante los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia evacua en promedio?					
<input type="checkbox"/> más de 3 veces al día <input type="checkbox"/> 2-3 veces al día <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> menos de una vez a la semana					
¿Ha utilizado algún tipo de laxante durante los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Alguna vez se ha sometido a una endoscopia por esófago de Barrett?				¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____	
¿Toma medicamentos diarios para reflujo, acidez estomacal o esófago de Barrett?				En caso afirmativo, escriba el nombre del medicamento: _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Hematológico:		Cardiovascular:			
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre		<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"/> Cirugía de las válvulas cardíacas ¿Cuándo? _____		<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad coronaria ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Colocación de stent en el corazón ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Derivación (bypass) coronaria ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Desfibrilador y/o marcapasos ¿De cuál marca? _____	
Neurológico:					
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral/accidente isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés) Si aplica, ¿cuándo sucedió? _____ ¿Sigue con debilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos ¿Cuándo fue el último episodio? _____					
Genitourinario:		Respiratorio:			
<input type="checkbox"/> Enfermedad/insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Insulina para diabetes <input type="checkbox"/> Medicamentos orales para diabetes <input type="checkbox"/> Diálisis ¿Qué tipo? _____		<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 ¿Cuántos litros y cuándo? _____	
¿Ha estado hospitalizado en el último mes?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, ¿por qué?					
¿Ha tenido problemas anteriormente con la anestesia?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, descríbalos.					
¿Ha recibido un trasplante de órganos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, ¿cuál órgano y cuándo?					
¿Recibió quimioterapia y/o radiación en el último mes?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, ¿cuándo?					

Enumere cualquier problema médico actual o anterior que no se haya mencionado anteriormente:

Historial de cirugías (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 derivación (bypass) coronaria/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:

Alergias: (marque todas las que apliquen y describa la reacción)

Reacción alérgica:

<input type="checkbox"/> No tengo alergias conocidas	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Sulfato de codeína	<input type="checkbox"/> Petidina
<input type="checkbox"/> Midazolam	<input type="checkbox"/> Propofol
<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Látex
<input type="checkbox"/> Contraste yodado	<input type="checkbox"/> Adhesivo
<input type="checkbox"/> Citrato de fentanilo	<input type="checkbox"/> Otro _____

Medicamentos (recetados, de venta libre, herbales)

Nombre del medicamento	Concentración/Frecuencia	Nombre del medicamento	Concentración/Frecuencia
1)		6)	
2)		7)	
3)		8)	
4)		9)	
5)		10)	

Aviso legal:

Estoy de acuerdo en que he respondido a estas preguntas con sinceridad y según mi leal saber y entender.

Entiendo que proporcionar información incorrecta podría resultar en complicaciones durante el procedimiento. Estoy de acuerdo en comunicarme con el consultorio y hablar con una enfermera en caso de que haya cambios de mi salud o medicamentos antes del procedimiento programado.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Por favor, complete estos formularios en su totalidad y devuélvalos a nuestro consultorio. Recibirá una llamada de un representante 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

Envíe un correo a:
Open Access Program
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