

NEW YORK GI CENTER, LLC

1200 Waters Place
 Suite M117
 Bronx, NY 10461
 718-863-0575

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Última Colonoscopia:	Última EGD:
Altura:	Peso:

Número de la Casa	Última menstruación
Número de la cédular	Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuánto?
Número del Trabajo	El alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál / ¿Cuánto:
Fecha del Procedimiento:	El uso de drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo:
Designado paseo en casa	Sufre de la apnea del sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Las alergias a medicamentos o alimentos (por ejemplo: huevo)	
Operaciones anteriores. Hospitalizaciones	
Los medicamentos actuales	Base de hierbas, vitaminas, Suplemento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de presión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas con su visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de Oídos / Nariz / Garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Desmayos / mareos / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de estómago o el intestino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad o infecciones recientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes / Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad pulmonar / problemas respiratorios / asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedades del Hígado / Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Del tracto urinario / riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Los problemas musculoesqueléticos o la artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ansiedad / depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Historia familiar de problemas de anestesia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

NEW YORK GI CENTER, LLC

1200 Waters Place

Suite M117

Bronx, NY 10461

718-863-0575

Problemas Dentales - Dientes flojos o dentaduras postizas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problema neurológico: TIA / Carrera del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problema neurológico: la neuropatía periférica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cualquier otra condición médica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	