



CENTRO
AVANZADO DE
ENFERMEDADES
DIGESTIVAS

50 Calle Victoria, Legacy Senior Living, Suite 19
Humacao, PR 00791
Tel: 787-285-1026
Fax: 787-465-0575
Email: caedpr@yahoo.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Indique cómo se enteró sobre nosotros: _____

Nombre: _____

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

(Favor añadir e-mail de familiar u otra persona si usted no tiene)

Lugar de empleo: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____
(mes, día, año)

Género: Femenino () Masculino () No Binario ()

Estado civil: _____

Farmacia donde compra sus medicamentos (indique el **nombre** y el **pueblo**):

Asegurado principal del plan médico

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____
(mes, día, año)

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____



Nombre: _____ Edad: _____ Núm. de Récord: _____

Alergias:

Historial Pasado				
Marque si ha padecido de:	Si	No	Especifique	Medicamentos
Pólipos del Intestino				1. _____
Diverticulitis				2. _____
Cáncer del Intestino				3. _____
Condición de Hígado				4. _____
Colitis				5. _____
Gastritis				6. _____
Reflujo				7. _____
Diabetes				8. _____
Alta Presión				
Corazón				Operaciones
Cáncer				1. _____
Tiroide				2. _____
Artritis				3. _____
Osteoporosis				4. _____
Depresión				Otros
Asma				Transfusiones
Sangrados				Tatuajes
Anemia				Cigarrillos
Riñón				Bebidas alcohólicas
Otro:				Drogas ilícitas
				Colonoscopia
				Endoscopia

Historial Familiar: Enfermedades de las que padecen sus familiares (Cáncer, Tiroide, Corazón, Alta presión, Diabetes, etc.)

Repaso de Síntomas: Mencione si ha sufrido algún síntoma o dolencia en las **últimas dos semanas** (visión, audición, nariz/garganta, respiratorio, cardio, gastro, urinario, neurológico, muscular, piel, senos, psiquiátrico u otro:
