



## Patient Interview Form- Formulario de entrevista con el paciente

### Patient Information - Información del paciente

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Apellido)  
 MRN: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 (No. Historia Clínica) (Fecha de nacimiento)  
 Age: \_\_\_\_\_  
 (Edad)

#### Email- Correo electrónico

Please check one as your preferred email for communications – (Marque uno como su correo electrónico preferido para las comunicaciones)

Personal: \_\_\_\_\_  Work: \_\_\_\_\_  
 (Laboral)

#### Ethnicity

Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino  Patient declines to specify  Prohibited by state law  
 (No Hispano o Latino) (El paciente no desea especificar) (Prohibido por ley estatal)

#### Race

Select one or more

White  Black or African American  Asian  American Indian or Alaska Native  Native Hawaiian or other Pacific Islander  
 (Blanca) (Negro o afroamericano) (Asiático) (Indio americano o nativo de Alaska) (Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico)

Unknown  Patient declines to specify  Prohibited by state law  
 (Desconocido) (El paciente no desea especificar) (Prohibido por ley estatal)

#### Preferred Language

English (Inglés)  Korean (coreano)  Spanish; Castilian  Patient declines to specify  
 (Español: Castellano) (El paciente no desea especificar)

#### Contact Preference

Telephone call (Llamada telefónica)  Portal  Patient declines to specify  Other: \_\_\_\_\_  
 (Otro)  
 (El paciente no desea especificar)

### Allergies – Alergias

Patient has no known allergies El paciente no tiene alergias  Patient has no known drug allergies El paciente no tiene alergias

Aspirin (Aspirina)  Cipro (Cipro)  Codeine (Codeína)  Demerol  Fentanyl  
 Flagyl  Iodine (Iodo)  IV dye (Tinte)  Levaquin  Morphine (Morfina)  
 Penicillins (Penicilinas)  Versed (Versado)  Sulfa  Eggs (Huevos)  Latex  
 Nuts (Nueces)  Shellfish (Mariscos)  Manifestations/Reactions: (Manifestaciones/reacciones)  Other: \_\_\_\_\_  
 (Otro)

### Immunizations - Vacunas

None (Ninguno)

<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Influenza Vaccine (Antigripal)	<input type="checkbox"/> Pneumovax Vaccine	<input type="checkbox"/> Tetanus vaccine (Antitetánica)
When: _____	When: _____	When: _____	When: _____	When: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

**Current Medications - Medicamentos actuales**

None (Ninguno)

Name (Nombre)	Dose (Dosis)	How taken? (Como se toman)

**Pharmacy - Farmacia**

Name (Nombre)	Address (Dosis)	Phone (Telefono)

**Past Medical History - Antecedentes médicos**

None (Ninguno)

**Cancers:**

<input type="checkbox"/> Colon	<input type="checkbox"/> Esophageal (Esófago)	<input type="checkbox"/> Liver (Higado)	<input type="checkbox"/> Small Intestine (Intestino Delgado)
<input type="checkbox"/> Stomach (Estómago)	<input type="checkbox"/> Kidney (Riñón)	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Bladder (Vejiga)
<input type="checkbox"/> Lymphoma(Linforma)	<input type="checkbox"/> Lung(Pulmó)	<input type="checkbox"/> Skin (Piel)	<input type="checkbox"/> Prostate (Prostata)
<input type="checkbox"/> Breast (Mama)	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Ovarian (Ovarios)	<input type="checkbox"/> Uterine (Uterino)

Other: \_\_\_\_\_ (Otro)

**Liver: (Hígado)**

<input type="checkbox"/> Fatty liver (Higado graso)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A active(activa)	<input type="checkbox"/> Hepatitis B, active(activa)	<input type="checkbox"/> Hepatitis C, active(activa)
<input type="checkbox"/> Hepatitis, autoimmune	Other: _____ (Otro)		

**Digestive: (Digestivo)**

<input type="checkbox"/> Acid Reflux (Reflujo Acido)	<input type="checkbox"/> Barrett's Escphagus (Esogago fe Barrett)	<input type="checkbox"/> Celiac sprue (Celiaquia)	<input type="checkbox"/> Cirrhosis of Liver (Cirrosis Hepatica)
<input type="checkbox"/> Colon Polyps (Polipos Colon)	<input type="checkbox"/> Crohn's disease (Enfermedad de Crohn)	<input type="checkbox"/> Diverticulitis (infected)(infectada)	<input type="checkbox"/> Divertivulosis
<input type="checkbox"/> H. pylori	<input type="checkbox"/> Irritable bowel Syndrome (Colon irritable)	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Ulcer (Ulcera)
<input type="checkbox"/> Ulcerative colitis (Colitis ulcerosa)	Other: _____ (Otro)		

**Miscellaneous: (Varios)**

<input type="checkbox"/> Anxiety/Panic attacks (Ataques de panico/ ansiedad)	<input type="checkbox"/> Arthritis(Artritis)	<input type="checkbox"/> Asthma (Asma)	<input type="checkbox"/> Atrial fibrillation (Fibrilacion auricular)
<input type="checkbox"/> Congestive Heart failure (Insuficiencia cardiaca congestiva)	<input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease (Enfermedad de arteria coronaria)	<input type="checkbox"/> Depression (Depresion)	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Emphysema (Enfisema)	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia ( Fibromialgia)	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Heart attack (Ataque Cardiaco)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure ( Hipertensio)	<input type="checkbox"/> High Cholesterol (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/> HIV (VIH)
<input type="checkbox"/> Kidney disease (Enfermedad renal)	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Seizure disorder (Trastorno Convulsivo Transitoria)	<input type="checkbox"/> Sleep apnea (Apnea de sueno)	<input type="checkbox"/> Stroke/TIA (ACV/ Isquemia)	<input type="checkbox"/> Thyroid (Hipertiroidismo), Overactive
<input type="checkbox"/> Thyroid, Underactive (Hipotiroidismo)	Other: _____ (Otro)		

Supplements - If using the patient portal , please enter through the medication section instead.  
 (Suplementos: si usa el portal del paciente, ingrese a través de la sección de medicamentos)

Please list vitamins (Indique las vitaminas):

\_\_\_\_\_

Please list herbal supplements: (Indique suplementos herbales)

---



---

## Previous Gastroenterology Procedures - Procedimientos de gastroenterología previos

- None (Ninguno)
- Colonoscopy (Colonoscopia)  EGD - Upper Endoscopy (EGD/Endoscopia Superior)  ERCP  Endoscopic ultrasound/EUS (Ecografía endoscópica/EUS)  Small bowel capsule (Capsula de intestino delgado)
- Liver biopsy (Biopsia de Hígado)  Other: \_\_\_\_\_ (Otro)

## Surgical Procedures - Procedimientos quirúrgicos

- None (Ninguno)
- Appendectomy (Apendectomía Coronaria)  C-Section (Cesarea)  Cataract surgery (Cirugía de catarata)  Colon resection (Resección de Colon)  Coronary artery bypass (Bypass de arteria)
- Coronary/ Stent (Coronario/Stent)  Defibrillator (Desfibrilador)  Gallbladder (Removed) (Extirpación de vesícula)  Gastric bypass (Bypass gástrico)  Heart Valve replacement/repair (Reemplazo/reparación de válvula cardíaca)
- Hemorrhoidectomy (Hemorroidectomía)  Hiatal Hernia Surgery (for reflux) (Cirugía de hernia hiatal por reflujo)  Hysterectomy partial (Ovaries intact) (Histerectomía, parcial (ovarios intactos))  Hysterectomy (Ovaries removed) (Histerectomía, total (extirpación de ovarios))  Inguinal Hernia Surgery (Groin) (Cirugía de hernia inguinal (ingle))
- Joint Surgery/ replacement (Cirugía/reemplazo de articulación)  Lap band (Banda gástrica)  Liver transplant (Trasplante de hígado)  Mastectomy (Mastectomía)  Pacemaker (Marcapasos)
- Prostatectomy (Prostatectomía)  Tonsillectomy (Amigdalectomía)  Tubal ligation (Ligadura de trompas)  Ulcer surgery (Cirugía de úlcera)  Umbilical hernia surgery (belly-button) (Hernia umbilical (ombilgo))
- Other: \_\_\_\_\_ (Otro)

## Social History- Antecedentes sociales

Occupation: \_\_\_\_\_ (Ocupación)

(Ocupación)

### Marital Status - Estado civil

- Single (Soltero)  Married (Casado)  Divorced (Divorcia)  Separated (Separado)  Widowed (Viudo)
- Other (Otro)

### Alcohol

- None (Ninguno)
- Less than 7 drinks per week (Menos de 7 tragos por semana)  More than 7 drinks per week (Más de 7 tragos por semana)  I quit using alcohol (Dejé de tomar alcohol)

### Tobacco - Tabaco

- Cigar (Cigarro)  Chewing tobacco (Masca tabaco)
- Smoking Status**
- Current Every day smoker (Fumador diario)  Current Some Day Smoker (Fumador ocasional actual)  Former smoker (Ex fumador)  Never smoker (Nunca fumó)
- Smoker, current status unknown (Fumador, estado actual desconocido)  Light tobacco smoker (Fumador de tabaco liviano)  Heavy Tobacco Smoker (Fumador de tabaco pesado)  Unknown if ever smoked (Se desconoce si fumó alguna vez)

### Drug Use - Consumo de drogas

- None (Ninguno)
- I have used recreational drug in the past. (Consumí drogas recreativas)  I am currently using recreational drugs. (Consumo actualmente drogas recreativas)  I have been treated for substance abuse. (Me sometí a tratamiento por abuso de sustancias)



## Review Of Systems - Revisión de sistemas

<b>Gastrointestinal</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N	<b>Integumentary (Tegumentario)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N	<b>ENMT (OTORRINOLARINGOLOGÍA)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N
abdominal pain (Dolor abdominal)	<input type="radio"/>	itching (Picazón)	<input type="radio"/>	double vision (Visión doble)	<input type="radio"/>
anorectal pain/itching (Picazon/dolor anorrectal)	<input type="radio"/>	jaundice (Ictericia)	<input type="radio"/>	eye irritation (Irritación ocular)	<input type="radio"/>
black tarry stools (Heces alquitranadas)	<input type="radio"/>	rashes (Erupciones)	<input type="radio"/>	eye pain (Dolor ocular)	<input type="radio"/>
bloating/gas (Hinchazon/gases)	<input type="radio"/>	suspicious lesions (Lesiones sospechosas)	<input type="radio"/>	eye redness (Enrojecimiento ocular)	<input type="radio"/>
blood in stool (Sangre en heces)	<input type="radio"/>	<b>Cardiovascular</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N	sore throat (Dolor de garganta)	<input type="radio"/>
change in bowel habits (Cambio de hábitos intestinales)	<input type="radio"/>	heart murmur (Soplo cardíaco)	<input type="radio"/>	hoarseness (Ronquera)	<input type="radio"/>
constipation (Estreñimiento)	<input type="radio"/>	irregular heart beat (Latido irregular)	<input type="radio"/>	mouth sores (Lagas en la boca)	<input type="radio"/>
diarrhea (Diarrea)	<input type="radio"/>	hand/ankle swelling (Hinchazón de manos/tobillos)	<input type="radio"/>	nose bleeds (Hemorragias nasales)	<input type="radio"/>
stool incontinence(leakage) (Incontinencia de heces)	<input type="radio"/>	rapid heart rate/palpitations (Latido acelerado/palpitaciones)	<input type="radio"/>	post-nasal drip recurrent sinus infections (Sinusitis recurrentes)	<input type="radio"/>
heartburn/reflux (Acidez/reflujo)	<input type="radio"/>	shortness of breath (Falta de aliento)	<input type="radio"/>	<b>Hematologic/Lymphatic (Hematológico/linfático)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N
difficulty swallowing (Dificultad para tragar)	<input type="radio"/>	chest pain (Dolor en el pecho)	<input type="radio"/>	anemia	<input type="radio"/>
nausea (Náuseas)	<input type="radio"/>	<b>Neurological (Neurológico)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N	blood transfusions (Transfusiones de sangre)	<input type="radio"/>
Vomiting (Vómitos)	<input type="radio"/>	frequent headaches (Cefaleas frecuentes)	<input type="radio"/>	easy bruising (Hematomas frecuentes)	<input type="radio"/>
<b>Genitourinary</b> <input type="radio"/> None(Ninguno)	Y N	memory loss/confusion (Pérdida de memoria-confusión)	<input type="radio"/>	prolonged bleeding (Sangrado prolongado)	<input type="radio"/>
blood in urine (Sangre en orina)	<input type="radio"/>	numbness or tingling (Adormecimiento u hormigueo)	<input type="radio"/>	<b>Musculoskeletal (Musculoesquelético)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N
dark urine (Orina oscura)	<input type="radio"/>	<b>Endocrine (Endocrino)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N	back pain (Dolor de espalda)	<input type="radio"/>
enlarged prostate (Próstata agrandada)	<input type="radio"/>	cold intolerance (Intolerancia al frío)	<input type="radio"/>	joint pain (Dolor de articulaciones)	<input type="radio"/>
frequent urinary infections heavy (Infecciones urinarias frecuentes)	<input type="radio"/>	excessive thirst (Sed excesiva)	<input type="radio"/>	<b>Respiratory (Respiratorio)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N
menstruation (Menstruación abundante)	<input type="radio"/>	heat intolerance (Intolerancia al calor)	<input type="radio"/>	frequent cough (Tos frecuente)	<input type="radio"/>
pain/burning with urination (Dolor/ ardor al orinar)	<input type="radio"/>	<b>Constitutional (Constitucional)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N	shortness of breath (Falta de aliento)	<input type="radio"/>
pregnancy (Embarazo)	<input type="radio"/>	chills (Escalofríos)	<input type="radio"/>	snoring (Ronquido)	<input type="radio"/>
sexually transmitted disease (Enfermedad de transmisión sexual)	<input type="radio"/>	fatigue (Fatiga)	<input type="radio"/>	sleep apnea (Apnea de sueño)	<input type="radio"/>
urinary incontinence frequent (Incontinencia urinaria)	<input type="radio"/>	fever (Fiebre)	<input type="radio"/>	wheezing (Sibilancia)	<input type="radio"/>
urination (Micción frecuente)	<input type="radio"/>	loss of appetite (Pérdida de apetito)	<input type="radio"/>	<b>Allergic/Immunologic (Alérgico/inmunológico)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N
		night sweats (Sudoración nocturna)	<input type="radio"/>	allergies (Alergias)	<input type="radio"/>
		weight gain (Aumento de peso)	<input type="radio"/>	HIV exposure (Exposición al VIH)	<input type="radio"/>
		weight loss (Pérdida de peso)	<input type="radio"/>	immune deficiency (Inmunodeficiencia)	<input type="radio"/>
		<b>Psychiatric (Psiquiátrico)</b> <input type="radio"/> None (Ninguno)	Y N		
		anxiety (Ansiedad)	<input type="radio"/>		
		bipolar disorder (Trastorno bipolar)	<input type="radio"/>		
		depression (Depresión)	<input type="radio"/>		

### Consent to Import Medication History

I consent to obtaining a history of my medications purchased at pharmacies.  
(Otorgo consentimiento para obtener el historial de mis medicamentos adquiridos en farmacias.)

Yes (Si)  No

### Reminder Preference

I would like to receive preventive care and follow up care reminders.  
(Me gustaría recibir recordatorios de atención preventiva y de seguimiento.)

Yes (Si)  No

### Reviewed with

Patient (Paciente)  Parent (Padre)  Guardian (Tutor)  Not Present (No presente)

---

**Signature - Firma**

---

Signature  
(Firma)

Date  
(Fecha)

---