

METROPLEX COLON AND RECTAL SPECIALIST
DR. RAYMOND STANIUNAS, FACS
Línea gratuita 1 (855) 273-2825 Fax (817) 701-0575

EXAMEN FÍSICO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE - FORMULARIO N.º 1
PATIENT HISTORY & PHYSICAL FORM #1

Nombre / *Name*: _____ Fecha de nacimiento / *Date of Birth*: _____

Motivo de la consulta / *Reason for visit*: _____

Médico referente/médico de atención primaria (nombre, dirección, números de teléfono y fax) /
Referring Physician/Primary Care Physician (Name, address, phone & fax numbers) :

Enfermedad significativa (marque todas las opciones que correspondan) / *Significant Illness (check all that apply)*:

_____ Presión arterial alta / *High blood pressure* _____ Colesterol alto / *High cholesterol*

_____ Diabetes / *Diabetes* _____ Hipotiroidismo / *Low Thyroid*

_____ Trastornos hemorrágicos / *Bleeding disorder*

_____ Enfermedad cardíaca (especifique) / *Heart disease (specify)* : _____

_____ Enfermedad pulmonar (especifique) / *Lung disease (specify)* : _____

_____ Enfermedad hepática (especifique) / *Liver disease (specify)* : _____

_____ Otro (especifique) / *Other (specify)* : _____

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ LOS SIGUIENTES TRASTORNOS? / *HAVE YOU EVER HAD*:

_____ Infarto / *Heart attack* _____ Coágulos de sangre en las piernas / *Blood clots in your legs*

_____ Fiebre reumática / *Rheumatic fever* _____ Hepatitis (tipo) / *Hepatitis (type)* _____

Cirugías / *Surgeries*: _____

Medicamentos / *Medications*: _____

METROPLEX COLON AND RECTAL SPECIALIST
DR. RAYMOND STANIUNAS, FACS
Línea gratuita 1 (855) 273-2825 Fax (817) 701-0575

¿Toma alguno de los siguientes? / *Do you take:* _____ Hierro / *Iron* _____ Calcio / *Calcium*
_____ Anticoagulantes / *Blood Thinners* _____ Aspirina / *Aspirin*

¿Ha tomado alguna vez PHEN-FEN (fenfluramina/fentermina)/REDUX o píldoras para dieta? / *Have you ever taken PHEN-FEN/REDUX or diet pills?* ___ Sí / *Yes* ___ No

Alergias / *Allergies:* Ninguna / *None* Penicilina / *Penicillin* Codeína / *Codeine*
Otros (especifique) / *Other (specify)* _____

Antecedentes sociales / *Social History:* _____ Dieta abundante en productos lácteos / *Diet heavy in Dairy products*

_____ Dieta abundante en cafeína / *Diet heavy in Caffeine* _____ No fumador / *Non-Smoker*

_____ Fumador / *Smoker* (_____ paquetes por día durante _____ años) / *packs per day for years*)

METROPLEX COLON AND RECTAL SPECIALIST
DR. RAYMOND STANIUNAS, FACS
Línea gratuita 1 (855) 273-2825 Fax (817) 701-0575

EXAMEN FÍSICO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE - FORMULARIO N.º 2
PATIENT HISTORY & PHYSICAL FORM #2

NOMBRE / NAME: _____ FECHA / DATE: _____

Antecedentes familiares: **(materna/paterna)** / *Family History: (maternal/paternal)*

¿Cáncer de colon o rectal? / *Colon or rectal cancer* _____

¿Quién? / *Who?* _____

¿Pólipos en el colon o rectales? / *Colon or rectal polyps* _____

¿Quién? / *Who?* _____

Otro tipo de cáncer / *Other cancer* _____ ¿Quién? / *Who?* _____

Revisión de sistemas (**marque con un círculo todas** las opciones que correspondan)

Review of Systems (circle all that apply) :

General: Pérdida del apetito, fatiga, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso / *General: Appetite loss, fatigue, fever, night sweats, weight loss*

Piel: Hematomas, cabello grueso, sequedad, sudoración excesiva, pérdida de cabello, ictericia / *Skin: Bruising, coarse hair, dryness, excessive sweating, hair loss, jaundice*

Cuello: Bultos en el cuello, inflamación del cuello, inflamación de los ganglios / *Neck: Neck mass, neck swelling, swollen glands*

Respiratorio: Tos crónica, dificultad para respirar al hacer esfuerzos, dificultad para respirar, sibilancia / *Respiratory: Chronic cough, difficulty, breathing on exertion, shortness of breath, wheezing*

Cardiovascular: Dolor en el pecho, presión arterial elevada, stent del corazón, ritmo cardíaco irregular, hinchazón de las extremidades / *Cardiovascular: Chest pain, elevated blood pressure, heart stent, irregular heartbeat, swelling of extremities*

Dirección postal: 2100 Hedgcoxe Road Suite 120, Plano, TX 75025

TLC 04/16 THR.DI_ES

METROPLEX COLON AND RECTAL SPECIALIST
DR. RAYMOND STANIUNAS, FACS
Línea gratuita 1 (855) 273-2825 Fax (817) 701-0575

Gastrointestinal: Dolor abdominal, heces negras/alquitranadas, distensión abdominal, cambio en hábitos intestinales, estreñimiento, diarrea, dificultad para tragar, gases, hemorroides, incontinencia de heces, indigestión, uso de laxantes, náuseas, dolor al tragar, dolor con el movimiento intestinal, sangrado rectal, reflujo / *Gastrointestinal: Abdominal pain, black/tarry stool, bloating, change in bowel habits, constipation, diarrhea, difficulty swallowing, gas, hemorrhoids, incontinence of stool, indigestion, laxative use, nausea, painful swallowing, pain with bowel movement, rectal bleeding, reflux*

Genitourinario: Sangre en orina, dificultad para iniciar la micción, impotencia, incontinencia, micción dolorosa, poliuria, tumor testicular, urgencia para orinar, retención urinaria, orinar en la noche, infecciones frecuentes del tracto urinario, paso de gases desde la uretra al orinar / *Genitourinary: Blood in urine, hesitancy, impotence, incontinence, painful urination, polyuria, testicular mass, urgency, urinary retention, urinating at night, frequent urinary tract infections, passing air from urethra while urinating*

Psiquiátrico: Ansiedad, cambio en el patrón de sueño, depresión, insomnio, nerviosismo / *Psychiatric: Anxiety, change in sleep pattern, depression, insomnia, nervousness*

Endocrinología: Intolerancia al frío, sudoración excesiva, sed excesiva, cambios en el cabello, tolerancia al calor, problemas de tiroides, enfermedad de la tiroides / *Endocrine: Cold intolerance, excessive sweating, excessive thirst, hair changes, heat tolerance, thyroid problems, thyroid disease*

Hematología: Sangrado anormal, anemia, coágulos de sangre, formación de hematomas con facilidad, nódulos linfáticos agrandados, sangrado excesivo, sangrado nasal, sangrado prolongado / *Hematology: Abnormal bleeding, anemia, blood clots, easy bruising, enlarged lymph nodes, excessive bleeding, nose bleed, prolonged bleeding*

METROPLEX COLON AND RECTAL SPECIALIST
DR. RAYMOND STANIUNAS, FACS
Línea gratuita 1 (855) 273-2825 Fax (817) 701-0575

EXAMEN FÍSICO Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE / *PATIENT HISTORY & PHYSICAL*

NOMBRE / NAME: _____ FECHA / DATE: _____

Cuestiones físicas / Physical: ____ Sí / Yes ____ No Fecha / Date: _____
Resultado / Result: _____

ELECTROCARDIOGRAMA / EKG: ____ Sí / Yes ____ No Fecha / Date: _____
Resultado / Result: _____

Radiografía de tórax / Chest X-ray: ____ Sí / Yes ____ No Fecha / Date: _____
Resultado / Result: _____

Antígeno prostático específico (PSA) / PSA (prostatic specific antigen) : ____ Sí / Yes ____ No
Fecha / Date: _____ Resultado / Result _____

Sangre oculta en heces / Hemocult: ____ Sí / Yes ____ No Fecha / Date: _____
Resultado / Result: _____

Enema de bario / Barium Enema: ____ Sí / Yes ____ No Fecha / Date: _____

Rectosigmoidoscopia flexible / Flex Proctosigmoidoscopic Exam: ____ Sí / Yes ____ No
Fecha / Date: _____

Colonoscopia / Colonoscopy: ____ Sí / Yes ____ No Fecha / Date: _____
Resultado / Result: _____

METROPLEX COLON AND RECTAL SPECIALIST
DR. RAYMOND STANIUNAS, FACS
Línea gratuita 1 (855) 273-2825 Fax (817) 701-0575

Antígeno carcinoembrionario (CEA) / CEA (Carcinoembryonic Antigen) : _____ Sí / Yes ___ No
Fecha / Date: _____ Resultado / Result: _____

Prueba de esfuerzo cardíaco / Cardiac Stress Test: Sí / Yes No
Fecha / Date: _____ Resultado / Result: _____

Tomografía computarizada (CT) abdominal / Abdominal CAT scan: Sí / Yes No
Fecha / Date: _____ Resultado / Result: _____

Sonograma abdominal / Abdominal Sonogram: _____ Sí / Yes _____ No
Fecha / Date: _____ Resultado / Result: _____

FIRMA DEL PACIENTE / *PATIENT SIGNATURE*: _____

FECHA / *DATE*: _____