

VIKRAM S. JAYANTY, M.D., PA
Gastroenterology
10837 Katy Freeway • Suite 175
Houston, Texas 77079
Tel: (713) 932-9200 • Fax: (713) 932-6152

Patient Record

(Por favor lea atentamente y complete todas las preguntas)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Email: _____

Casa #: _____ Cell#: _____ Trabajo #: _____

Marital Status: Soltero Casado Divorciado Raza: _____ Etnicidad: _____

Médico de Referencia: _____ Teléfono : _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono : _____ Relación: _____

Estado de Empleo: Full-Time Part-Time Desempleado Retirado

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de Empleador: _____

Estado del alumno: Full-Time Part-Time No es estudiante

Nombre del principal del seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y FIRME

Esto es para certificar que yo / nosotros, el abajo firmante, consentimos y autorizamos la administración de todos los tratamientos y operación, y la administración de cualquier anestésico que, a juicio de mi médico puede considerarse necesario o aconsejable. Yo / Nosotros, el abajo firmante, aceptamos ser financieramente responsables por los gastos incurridos por el paciente y hacer pagos al recibir las declaraciones periódicas para el paciente. En caso de falta de pago, yo / Nosotros estamos de acuerdo en que si la cuenta es remitida a una agencia para la recolección, estaremos obligados a pagar todos los gastos de la recaudación. Entiendo que Vikram S. Jayanty M.D., PA y Anestesia Care by Doctors LLP cumple con las leyes y directrices de las regulaciones HIPAA. Todos los servicios y registros son confidenciales y privados para proteger al paciente.

Firma del Paciente o Tutor Legal

VIKRAM S. JAYANTY, M.D., PA
Gastroenterology
10837 Katy Freeway • Suite 175
Houston, Texas 77079
Tel: (713) 932-9200 • Fax: (713) 932-6152

Nombre: _____ **Edad:** _____

Queja principal: _____

Duración: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

(Por favor, lea cuidadosamente y complete todas las preguntas)

¿Diabetes?..... Sí___No___

¿Enfermedad del corazón?..... Sí___No___

¿Alta presión?..... Sí___No___

¿Enfermedad de Crohn o colitis? (circule uno) Sí___No___

¿Enfermedad pulmonar?..... Sí___No___

¿Enfermedad del riñón?..... Sí___No___

¿Cáncer? Sí___No___

Si es así, ¿de qué tipo? _____ y que edad? _____

¿Has sido probado para el VIH? Sí___No___ Positivo ___ Negativo ___

¿Detectado por Hepatitis? Sí___No___ Positivo ___ Negativo ___

Si positivo de qué tipo? Tipo A ___ Tipo B ___ Tipo C ___

¿Te han hecho una colonoscopia en el pasado? Sí___No___

Si tiene, ¿Cuándo fue su última colonoscopia? _____

¿ Resultados? _____

¿Te hicieron alguna cirugía en el pasado? Sí___No___

¿Cuando? _____ ¿Qué? _____

¿Salud mental? (ex. Ansiedad, depresión, bipolar) _____

Vaccine Record

¿Te has vacunado contra la hepatitis A y B? Sí___No___

¿Te han vacunado contra la neumonía? Sí___No___

¿Te han vacunado contra la influenza? Sí___No___

¿Tienes una mamografía? Sí___ No___ ¿ Resultados? _____ N/A masculino ___

¿Fecha del último ciclo menstrual? _____ N/A masculino ___

VIKRAM S. JAYANTY, M.D., PA
Gastroenterology
10837 Katy Freeway • Suite 175
Houston, Texas 77079
Tel: (713) 932-9200 • Fax: (713) 932-6152

Historia social:

¿Qué tipo de dieta sigues? _____
¿Hacer ejercicio? _____ Si es así, ¿cuánto? _____

¿Eres fumador? _____ Si es así ¿Cuánto? _____
Si no: ex fumador _____ Nunca un fumador _____

¿Cuál es tu preferencia sexual? Heterosexual _____ Homosexual _____

¿Bebes alcohol? ¿Sí ___ No ___ ¿Cuánto durante una semana? _____

¿Usas actualmente NSAIDS? (ex: Aspirin, Ibuprofen, Naprosyn) _____

¿Cómo te duermes por la noche? (Por favor, compruebe uno)
Viendo la televisión ___ Leyendo un libro ___
Leer un libro en su dispositivo electrónico ___ Mirando su dispositivo electrónico ___

¿Cuántas horas duermes cada noche? _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún miembro de su familia alguna vez ha tenido alguno de los siguientes cánceres
enumerados a continuación?

(CIRCULO UNO QUE PERTENECE)

Colon, Rectal: Miembro de la familia: _____ Edad: _____

Uterine, endometrial: Miembro de la familia: _____ Edad: _____

Ovarian: Miembro de la familia: _____ Edad: _____

Estómago, intestino delgado: Miembro de la familia: _____ Edad: _____

Conducto biliar, hígado, páncreas: Miembro de la familia: _____ Edad: _____

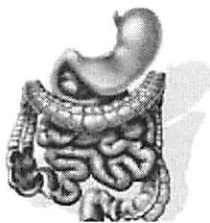
Otro cáncer: Miembro de la familia: _____ Edad: _____

¿Han evaluado usted o alguien de su familia el riesgo hereditario de cáncer? Sí ___ No ___
Por favor explique. _____

¿Antecedentes familiares de diabetes? Sí ___ No ___

¿Historia familiar de presión alta? Sí ___ No ___

¿Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca? Sí ___ No ___



VIKRAM S. JAYANTY, M.D.

Gastroenterology

10837 Katy Freeway Suite 175, Houston, Texas 77079

Phone: 713-932-9200 Fax: 713-932-6152

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Social Security #: _____

I request that _____
release my medical records to the following:

Vikram S. Jayanty, M.D., PA

INTERVENTIONAL GASTROENTEROLOGY

BOARD CERTIFIED

10837 KATY FREEWAY, SUITE 175

HOUSTON, TEXAS 77079

Phone: (713) 932-9200

Fax: (713) 932-6152

The records requested pertain to the following:

- COLONOSCOPY
- EGD
- PATHOLOGY
- ALL RECORDS
- LABS
- IMAGING (RADIOLOGY)
- PROGRESS NOTES

Patient Signature _____

Date: _____

Staff Use Only:

Date Sent ____/____/____
Initials: _____

VIKRAM S. JAYANTY, M.D.
Gastroenterology
10837 Katy Freeway • Suite 175
Houston, Texas 77079
Tel: (713) 932-9200 • Fax: (713) 932-6152

Acuerdo de confidencialidad

1. Por favor, liste a los miembros de la familia o otras personas, a quienes podamos informar sobre su condición médica y su diagnóstico (incluyendo tratamiento médico y facturaciones):

2. Por favor, liste a los miembros de la familia o a otros significativos, si los hubiere, a quienes podemos informar sobre su condición médica SOLAMENTE EN UNA EMERGENCIA.

Nombre _____ Telefono # _____

Nombre _____ Telefono # _____

3. Por favor, imprima la dirección en la que desea que sus estados de facturación se an mandado, si es diferente a su dirección de casa.

4. Por favor, indicar si desea que toda la correspondencia de nuestra oficina sea enviada en un sobre sellado marcado "CONFIDENCIAL" Si _____ No _____

5. Por favor, imprima el número de teléfono donde desea recibir llamadas sobre su cita, laboratorio, y los resultados de rayos X, u otra información de atención médica si no es el número de teléfono de su casa. _____

"Estoy plenamente consciente de que el buzón de voz de mi celular no es una línea segura y privada" Firma _____

6. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (como recordatorios de citas) en su buzón de voz?

Si _____ No _____

Paciente/Guardián nombre _____ (Guardián si menor de 18 años)

Paciente/Guardián firma

Fecha

