MANTILLA SURGICAL | SALUD COLORRECTAL Y PÉLVICA

NUEVO PACIENTE
FORMULARIO DE REGISTRO E INGRESO

Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health

Nathalie Mantilla, MD, MPH, FACS, FASCRS

Complete este paquete antes de su primera visita. Traiga identificación con foto, tarjetas del seguro, lista de medicamentos, expedientes pertinentes e informes previos de colonoscopia/patología disponibles.

Si una pregunta no corresponde, escriba N/A. No deje en blanco las secciones de medicamentos o alergias.

Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	
Fecha / hora de la cita	
Nombre preferido	

Complete este formulario antes de su primera visita. Traiga identificación con foto, tarjeta(s) del seguro, lista actual de medicamentos y expedientes externos o resultados pertinentes.

PARA USO DEL CONSULTORIO

N.º de expediente	
Referencia recibida	☐ Sí ☐ No
Expedientes recibidos	☐ Sí ☐ No
Acuse del aviso de privacidad	☐ Firmado ☐ Rechazado / No fue posible

1. Registro y datos demográficos del paciente

Use el nombre legal del paciente para el seguro y la facturación.

Nombre legal	Nombre Apellido
Nombre preferido	
Fecha de nacimiento	Sexo en el seguro: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro/Desconocido
Edad	
Sexo registrado en el seguro	☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro/Desconocido
Pronombres (opcional)	
Dirección	
Ciudad / estado / código postal	
Teléfono celular	☐ Puede dejar mensaje de voz
Teléfono de casa / otro	☐ Puede dejar mensaje de voz
Correo electrónico	
Contacto preferido	☐ Teléfono ☐ Texto ☐ Correo ☐ Portal del paciente (CharmEHR)
Idioma preferido	¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No
Estado civil	☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ En pareja ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro
Ocupación / empleador	

Contacto de emergencia

Nombre	
Parentesco	
Teléfono	

Médicos de atención primaria y de referencia

Médico de atención primaria	Nombre	Teléfono
Médico que refiere	Nombre	Teléfono
Farmacia preferida	Nombre	Teléfono
Dirección de la farmacia		

2. Seguro, responsable de pago y facturación

Seguro primario	Plan
N.º de afiliado / póliza	
N.º de grupo	
Nombre del titular	
Fecha de nacimiento del titular	
Parentesco con el paciente	☐ El paciente ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Otro
Seguro secundario	Plan
N.º de afiliado / póliza	
N.º de grupo	

Garante / responsable de pago

Nombre	
Parentesco	
Fecha de nacimiento	
Dirección (si es diferente)	
Teléfono / correo electrónico	

Recordatorio sobre el seguro: La cobertura es un contrato entre usted y su plan de salud. Verificar los beneficios no garantiza el pago. Informe oportunamente al consultorio cualquier cambio en los datos del seguro.

3. Motivo de consulta y antecedentes colorrectales / pélvicos

Motivo principal de la consulta de hoy: _____

¿Cuándo comenzó este problema? _____

☐ Sangrado rectal ☐ Hemorroides ☐ Dolor anal ☐ Fisura anal ☐ Absceso / fístula ☐ Picazón / irritación
☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Cambio del hábito intestinal ☐ Urgencia fecal ☐ Incontinencia / escape fecal
☐ Dificultad al evacuar ☐ Prolapso / bulto rectal ☐ Presión pélvica ☐ Dolor abdominal ☐ Distensión
☐ Cáncer de colon / recto ☐ Pólipos de colon ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal ☐ Diverticulitis ☐ Cuidado de ostomía
☐ Disfunción del piso pélvico ☐ Otro: _____

Función intestinal

Evacuaciones	_____ por día / _____ por semana
Consistencia habitual de las heces	☐ Duras/bolitas ☐ Formadas ☐ Blandas ☐ Líquidas/acuosas ☐ Varía
Esfuerzo al evacuar	☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre
Evacuación incompleta	☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo ☐ Siempre
Necesidad de apoyar / presionar	☐ No ☐ Sí - vaginal/perineal/otro: _____
Urgencia	☐ No ☐ Sí
Escape involuntario de heces	☐ No ☐ Sí Frecuencia: _____
Escape involuntario de gases	☐ No ☐ Sí
Protectores / prendas absorbentes	☐ No ☐ Sí ¿Cuántos al día? _____
Sangrado rectal	☐ No ☐ Sí ☐ Rojo vivo ☐ Oscuro/granate ☐ No sabe
Dolor rectal/anal	☐ No ☐ Sí Intensidad 0-10: _____
Prolapso / protrusión de tejido	☐ No ☐ Sí ☐ Se reduce solo ☐ Lo introduzco ☐ Permanece afuera

Pruebas / tratamientos previos

☐ Fibra ☐ Laxantes ☐ Ablandadores de heces ☐ Antidiarreicos ☐ Fisioterapia del piso pélvico ☐ Biorretroalimentación
☐ Ligadura de hemorroides ☐ Cirugía de hemorroides ☐ Cirugía de fístula/absceso ☐ Cirugía de prolapso rectal ☐ Otro: _____

4. Antecedentes médicos

Marque todo lo que corresponda. Añada detalles donde se soliciten.

☐ Hipertensión arterial ☐ Enfermedad cardíaca / coronaria ☐ Insuficiencia cardíaca
☐ Arritmia / fibrilación auricular ☐ ACV / AIT ☐ Coágulo / TVP / embolia pulmonar
☐ Trastorno hemorrágico ☐ Diabetes ☐ Enfermedad renal
☐ Enfermedad hepática / cirrosis ☐ Enfermedad pulmonar / EPOC / asma ☐ Apnea del sueño / CPAP
☐ Trastorno convulsivo ☐ Enfermedad tiroidea ☐ ERGE / reflujo
☐ Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn / colitis ulcerosa) ☐ Diverticulitis ☐ Pólipos de colon
☐ Cáncer de colon o recto ☐ Otro cáncer ☐ Anemia
☐ Trastorno inmunitario / inmunosupresión ☐ Ansiedad / depresión ☐ Otro: _____

Explique enfermedades importantes, fechas o especialistas actuales: _____

Antecedentes de cáncer

Tipo de cáncer	
Año del diagnóstico	
Tratamiento	☐ Cirugía ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Otro _____
Oncólogo actual	

Anestesia / sangrado / coagulación

☐ Complicación anestésica previa ☐ Vía aérea/intubación difícil ☐ Náuseas/vómitos intensos tras la anestesia
☐ Hipertermia maligna (personal/familiar)

☐ Moretones/sangrado fácil ☐ Transfusión previa ☐ Antecedentes de TVP/embolia pulmonar ☐ Ninguno

Detalles: _____

5. Antecedentes quirúrgicos y de procedimientos

Procedimiento / cirugía	Año	Hospital / cirujano	¿Complicaciones?

Antecedentes de colonoscopia / endoscopia

¿Le han realizado una colonoscopia?	☐ No ☐ Sí Año más reciente:
¿Dónde / quién la realizó?	
¿Se encontraron pólipos?	☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
Patología / diagnóstico	
Intervalo recomendado	
Sigmoidoscopia flexible / EGD previa	☐ No ☐ Sí Detalles:

Dispositivos implantados / ostomía

☐ Marcapasos/DAI ☐ Estimulador sacro ☐ Otro neuroestimulador ☐ Bomba de insulina/MCG ☐ Puerto vascular ☐ Ostomía

Detalles del dispositivo / ostomía: _____

6. Medicamentos, suplementos y alergias

Incluya medicamentos recetados y sin receta, vitaminas, hierbas, inyecciones y parches.

Medicamento / suplemento	Dosis	Frecuencia	Motivo

Indique específicamente si toma alguno de los siguientes:

☐ Aspirina ☐ Clopidogrel (Plavix) ☐ Warfarina (Coumadin) ☐ Apixabán (Eliquis) ☐ Rivaroxabán (Xarelto)
☐ Dabigatrán (Pradaxa) ☐ Enoxaparina (Lovenox) ☐ Insulina ☐ GLP-1 (p. ej., semaglutida/tirzepatida) ☐ Ninguno

Alergias / reacciones adversas

☐ Sin alergias conocidas a medicamentos ☐ Alergia al látex ☐ Alergia a adhesivos

Medicamento / sustancia	Reacción

7. Antecedentes familiares y sociales

Antecedentes familiares

☐ Cáncer de colon ☐ Cáncer rectal ☐ Pólipos de colon ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Colitis ulcerosa ☐ Cáncer de ovario
☐ Cáncer endometrial/uterino ☐ Cáncer gástrico ☐ Cáncer pancreático ☐ Otro síndrome de cáncer hereditario ☐ Ninguno conocido

Familiar / diagnóstico / edad	
Familiar / diagnóstico / edad	
Familiar / diagnóstico / edad	

Antecedentes sociales

Tabaco	☐ Nunca ☐ Antes ☐ Actualmente Tipo/cantidad:
Si dejó de fumar, indique el año	
Alcohol	☐ Nada ☐ Ocasional ☐ Semanal ☐ Diario Bebidas/semana:
Sustancias recreativas	☐ No ☐ Sí Tipo/frecuencia:
Con quién vive	☐ Solo/a ☐ Cónyuge/pareja ☐ Familia ☐ Otro
¿Necesita ayuda diaria?	☐ No ☐ Sí Explique:

8. Antecedentes pélvicos, obstétricos y ginecológicos (si corresponde)

Complete solo lo que sea pertinente para su atención.

Número de embarazos	
Partos vaginales	
Partos por cesárea	
Peso del bebé más grande	_____ lb _____ oz
Parto con fórceps / ventosa	☐ No ☐ Sí
Desgarro perineal grave (3.er/4.º grado)	☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
Episiotomía	☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
Histerectomía	☐ No ☐ Sí Año:
Otra cirugía pélvica	☐ No ☐ Sí Detalles:
Prolapso de órganos pélvicos	☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
Escape / urgencia urinaria	☐ No ☐ Sí
Menopausia	☐ No ☐ Sí ☐ No sabe / N/A

Breve revisión de síntomas

☐ Pérdida involuntaria de peso ☐ Fiebre/escalofríos ☐ Fatiga ☐ Dolor de pecho ☐ Falta de aire
☐ Náuseas/vómitos ☐ Dolor abdominal ☐ Sangre en heces ☐ Heces negras ☐ Síntomas urinarios
☐ Debilidad/adormecimiento reciente ☐ Sangrado/moretones fáciles ☐ Otro: _____

¿Algo más que desee comunicar a la Dra. Mantilla? _____