

Vikram S. Jayanty, M.D., P.A.  
Certified by the American Board of Internal Medicine in Gastroenterology  
10837 Katy Freeway Suite 175, Houston, Texas 77079  
Phone: 713-932-9200 Fax: 713-932-6152

Julien Fahed, M.D.

Vikram Jayanty, M.D.

## 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., P.A.  
Certified by the American Board of Internal Medicine in Gastroenterology  
10837 Katy Freeway Suite 175, Houston, Texas 77079  
Phone: 713-932-9200 Fax: 713-932-6152

Julien Fahed, M.D.

Vikram Jayanty, M.D.

**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\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿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., P.A.  
Certified by the American Board of Internal Medicine in Gastroenterology  
10837 Katy Freeway Suite 175, Houston, Texas 77079  
Phone: 713-932-9200 Fax: 713-932-6152

Julien Fahed, M.D.

Vikram Jayanty, M.D.

**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: \_\_\_\_\_

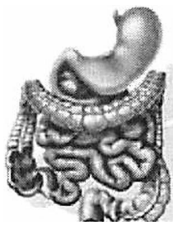
Otro cáncer: ..... Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿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., P.A.**  
**Certified by the American Board of Internal Medicine in Gastroenterology**  
**10837 Katy Freeway Suite 175, Houston, Texas 77079**  
**Phone: 713-932-9200 Fax: 713-932-6152**

**Julien Fahed, M.D.** **Vikram Jayanty, M.D.**

**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., P.A.

Certified by the American Board of Internal Medicine in Gastroenterology  
 10837 Katy Freeway Suite 175, Houston, Texas 77079

Julien Fahed, M.D. Vikram Jayanty, M.D.

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: _____

Julien Fahed, M.D.

Vikram Jayanty, M.D.

---

## 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 medico y facturaciones):

---

2. Por favor, liste a los miembros de la familia o ah otros significativos, si los hubiere, a quienes podemos informar sobre su condicion medica 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

