

Heartburn & Acid Reflux Patient Intake Form

NOMBRE:	Fecha de Nacimiento:	FECHA:
1. ¿COMO ESCUCHO USTED ACERCA DE NOSOTROS?		
<input type="checkbox"/> Médico primario - <i>Nombre del médico que lo refirió:</i>		
<input type="checkbox"/> Especialista (Como gastroenterólogo, otorrinolaringólogo, neumólogo - <i>Nombre del médico que lo refirió:</i>		
<input type="checkbox"/> Personal (Otro paciente, miembro de familia, o amigo)		
<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa):		
2. ¿HA TENIDO USTED?		
● Uso de inhibidores protones, bloqueadores H2 por más de seis meses alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Ha visto algún gastroenterólogo para su reflujo? A quien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Una endoscopia? Fecha?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Ha sido diagnosticado con esófago de Barrett?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Un estudio de pH? Fecha?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Ha hecho alguna vez un estudio de manometría? Fecha?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Cirugía para el reflujo o una reparación de hernia hiatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
● Síntomas en la laringe or farínge? (Como tratar de aclarar la garganta, tos persistente, afonía, sentimiento de algo en la garganta, exceso moco en la garganta, dificultad para tragar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿ESTÁ TOMANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES BLOQUEADORES DE PROTONES (PPI?)		
<input type="checkbox"/> Prilosec® (Omeprazol)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Nexium® (Esomeprazol)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Prevacid® (Lansoprazol)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Dexilant® (Dexlansoprazol)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Protonix® (Pantoprazol)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Aciphex® (Rabeprazol)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Zegerid® (Omeprazol con bicarbonato de sodio)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
4. ¿ESTÁ TOMANDO ALGUNO DE LOS BLOQUEADORES DE H2 SIGUIENTES?		
<input type="checkbox"/> Pepcid® (Famotidine)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Zantac® (Ranitidine)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Tagamet® (Cimetidine)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Axid® (Nizatidine)	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos
Por favor proceda a la siguiente página para completar las preguntas y determinar su calificación de los síntomas		
PARA USO DE LA OFICINA:		
GERD-HRQL TOTAL SCORE:	RSI TOTAL SCORE:	
Satisfied / Dissatisfied / Neutral	TAKING MEDS: Y N	
Patient requires testing (circle):		
EGD	pH Bravo	pH Impedence
	Manometry	Marsh/Bagel
Other/Notes:		

Heartburn & Acid Reflux Patient Intake Form

Por favor completa esta forma en cada cita para monitorear la progresión de sus síntomas

NOMBRE:	Fecha de Nacimiento:	FECHA:
Las siguientes son preguntas para determinar la severidad de sus síntomas. Por favor coloque un círculo en la respuesta que describe mejor su experiencia cuando usted no está tomando su medicamento.		
ESCALA DE CALIFICACIÓN		
0 = No síntomas	3 = Síntomas que molestan todos los días	
1 = Síntomas perceptibles pero no molestan	4 = Síntomas que afectan las actividades diarias	
2 = Síntomas perceptibles y molestos pero no todos los días	5 = Síntomas que son incapacitantes y que no permiten realizar las actividades diarias	
GERD-HRQL (Mide síntomas típicos)		
1) ¿Que tan grave es su acidez?	0	1 2 3 4 5
2) ¿Acidez cuando se acuesta?	0	1 2 3 4 5
3) ¿Acidez al estar de pie?	0	1 2 3 4 5
4) ¿Acidez después de comer?	0	1 2 3 4 5
5) ¿La acidez cambia su dieta?	0	1 2 3 4 5
6) ¿La acidez lo despierta cuando está dormido?	0	1 2 3 4 5
7) ¿Tiene dificultad para tragar?	0	1 2 3 4 5
8) ¿Tiene dolor cuando traga?	0	1 2 3 4 5
9) ¿Si toma medicamento, eso afecta su vida diaria?	0	1 2 3 4 5
10) ¿Que tan grave es su regurgitación?	0	1 2 3 4 5
11) ¿Regurgitación cuando se acuesta?	0	1 2 3 4 5
12) ¿Regurgitación cuando está de pie?	0	1 2 3 4 5
13) ¿Regurgitación después de comer?	0	1 2 3 4 5
14) ¿La regurgitación cambia su dieta?	0	1 2 3 4 5
15) ¿La regurgitación lo despierta de su sueño?	0	1 2 3 4 5
16) ¿Que tan satisfecho está con su condición presente?	Satisfecho	Neutral No satisfecho
GERD-HRQL - CALCIFICACIÓN TOTAL:		
Índice de síntomas de reflujo (Mide síntomas atípicos)		
1) ¿Afonía o problemas con su voz?	0	1 2 3 4 5
2) ¿Aclarar or tratar de limpiar la garganta?	0	1 2 3 4 5
3) ¿Moco excesivo en la garganta o drenaje postnasal?	0	1 2 3 4 5
4) ¿Dificultad para tragar alimento, líquidos o pastillas?	0	1 2 3 4 5
5) ¿Tose después de comer o cuando se acuesta?	0	1 2 3 4 5
6) ¿Dificultades para respirar o episodios de ahogamiento?	0	1 2 3 4 5
7) ¿Tos molesta o dificultosa?	0	1 2 3 4 5
8) ¿Sensación de que algo se atora en la garganta o que tiene una bola en la garganta?	0	1 2 3 4 5
9) ¿Acidez, dolor de pecho, indigestión, o ácido del estómago que regresa hacia arriba?	0	1 2 3 4 5
RSI - CALCIFICACIÓN TOTAL:		