

CLINICAL RESEARCH OF SOUTH NEVADA / ROGER ESTEVEZ, MD

2755 EAST DESERT INN ROAD, SUITE 275,

LAS VEGAS, NEVADA 89121

PHONE (702) 570-6107

FAX (702) 570-6113

Demográfico / Historia Médica del Paciente

(La siguiente información es muy importante para su salud. Por favor tome el tiempo de leer y completamente llenar todo el formulario. Esta es información importante y contamos con usted.)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____

Teléf. de la casa: (____) ____ - ____ Celular : (____) ____ - ____ Sexo: F M
Ocupación _____

SS: _____ Dirección Electrónica: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Raza: Blanca __ Negro/Africano Americano __ Asiático __ Indio Americano /Nativo de Alaska __
Filipino __ Latino __ Otro _____

Nombre de tu médico primario? _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Alguna vez has tenido alguna cirugía: Si sí,
especifique: _____

Eres alérgico a algún medicamento o comida (ej: lodo, latex)?

Medicamentos con y sin prescripción que estas tomando: (incluyendo aspirina, vitaminas, anticonceptivos, hierbas, etc...)

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Comienzo	Termino
Indication				

Historia Social:

Fumas? Si NO Cuantos al dia? _____ Cuando comenzó a fumar? _____ Cuando lo dejastes? _____

Tomas alcohol? NO Ocasionalmente Si Cuantas veces/ semana? _____ Que cantidad? _____

Abuso de Sustancias? No Si Que tipo(s)?:

Para Mujeres:

Habría alguna posibilidad de que estes embarazada? Si NO Hace ejercicio regularmente? Si No

Has tenido alguna enfermedad de transmission sexual Si NO Cual :

Metodo(s) Anticonceptivos: No childbearing potential Childbearing potential with contraceptive protection

Condom w/ Spermicidal IUD Hysterectomy Bilateral Tubal ligation Cervical cap

Contraceptive patch Oral contraceptive Bilateral Oophorectomy
Diaphragm

Vaginal ring contraceptive Injectable Contraceptive Sponge / Spermicide **Post -**

Menopausal Status

Male in a monogamous relationship Male Sterilization/Vasectomy Date:

All male and female subjects must agree to use a highly effective method of contraception consistently and correctly for the duration of the active treatment period and for at least 63 days after the last dose of investigational product.

Continuará con este metodo por el tiempo que dure el estudio y por lo menos 2 meses luego de completar el studio?

Si No **Iniciales del Paciente:** _____

HISTORIA MEDICA / REVISION DE LOS SISTEMAS:

Has sido diagnosticado o presentas alguno de los siguientes problemas de salud:

Por favor solo escriba el año en que comenzo con sus enfermedades, Gracias

GENERAL	Start Date	Continua	OJO, NARIZ, OIDO, GARGANTA	Start Date	Continua
Sudoraciones/Hot Flashes			Glaucoma		
Rash or problemas de la piel			Cataratas		
			Problemas en dientes o encías		
CARDIOPULMONARY	Start Date		RENAL / HEPATI / ENDOCRINE	Start Date	
Enfermedad Vascular Periferica			Problemas del Thyroide		
TIA			Neuropatia Diabetica		
Presion Alta			Piedras /Calculos en los rinones		
Stroke			Retencion urinaria		
Stent			UTI(Infeccion del tracto urinario)		
Emfisema / COPD			Colesterol alto		
Tuberculosis			Diabetes: Type I		
Asma			Diabetes: Type II		
Ataque Cardiaco					
Marcapaso			NEUROPSYCHIATRIC	Start Date	
Sofocaciones al esfuerzo			Multiple Sclerosis		

Apnea al dormir			Frecuentes Dolores de cabeza		
Bronquitis recurrentes			Tremors		
Lung cancer			Frecuentes ataques de ansiedad		
GASTROINTESTINAL	Start Date		Parkinson's		
Hemorroides			Convulsiones / Epilepsia		
Crohn's/Colitis					
Cirrhosis / Pancreatitis			MUSCULOSKELETAL & SKIN	Start Date	
Diarrhea			Scoliosis		
Constipacion			Dolores en la piernas / Cramps		
Heartburn/ Acid reflux disease			Arthritis Rheumatoide		
Diverticulitis /Irritable bowel syndrome			Psoriasis		
HEMATOLOGICO/SYSTEM A IMMUNE	Start Date		Frecuentes dolores en el cuello / espalda		
Enfermedad Autoimmune / Lupus			Fibromyalgia		
Deficiency Immune			Osteoarthritis		
Anemia / Leukemia			Eczema		
Problemas en la Coagulacion					

Asthma						
Hypertension						
Diabetes						
Epilepsia						
Ataques al Corazon/						
Accidente cerebrovascular						
Cancer						
Other						

Certifico que me encuentro en todas mis facultades para autorizar a C.R.O.S.N. a que me realice un "A1C test Now", or " Lab test" para chequear mi ultimo resultado de la misma, si deseo participar en alguno de los Clinical Trials. _____

(Iniciales)

No estoy participando en otro estudio de investigacion clinica en otra institucion incluyendo C.R.O.S.N. Si en algun momento participe en un estudio de investigacion ya han pasado > 30 dias desde la ultima visita. _____

Certifico que toda mi informacion medica personal que le he proveido a C.R.O.S.N. es verdadera y actual a plenitud de mi conocimiento.