

CUESTIONARIO DE DESÓRDENES GASTROINTESTINALES

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial.
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada

Fecha de la primera consulta	DD / MM / AA	Detalles
		Síntomas
		Diagnóstico
Fecha del último episodio	DD / MM / AA	Detalles
		Síntomas

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE) Sí No

Prueba	Fecha	Resultado
Endoscopia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Colonoscopia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Biopsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Helicobacter <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	

Tratamiento

Condición actual

Complicaciones

Controles realizados

Historial familiar

Otras enfermedades

Otros factores: Alcohol Tabaco Café

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre

Dirección

Teléfono

Fax

Correo electrónico

Fecha

DD / MM / AA

Firma