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 ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ Lb	

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

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

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)

Prueba		Fecha	Resultado
Endoscopia	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Colonoscopia	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Biopsia	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Helicobacter	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Otra	☐ Sí ☐ 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	