

FAVOR COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

1 de 2

Sección I. Datos del paciente

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Fecha de nacimiento:

4. Sexo:

 Masculino Femenino

5. Estatura:

 Metros Pies

6. Peso:

 Kilos Libras

7. ¿Fumador?:

 Sí No

8. Cigarrillos por día:

9. ¿Desde cuándo?:

10. ¿Hasta cuándo?:

Sección II. Síntomas y/o signos de la enfermedad

1. Fecha de inicio:

2. Acidez (reflujo)

 Sí No

3. Diarrea

 Sí No

4. Dolor abdominal

 Sí No

5. Náuseas o vómito

 Sí No

6. Sangre en las heces

 Sí No

7. Pérdida de peso no intencional

 Sí No

8. Tos

 Sí No

9. Dificultad para la deglución

 Sí No

10. Otros síntomas o signos

 Sí No

11. Por favor explicar las respuestas contestadas de manera afirmativa:

Sección III. Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:

Frecuencia de las consultas:

Sección IV. Resultados de exámenes efectuados en los últimos 6 meses

1. Fecha:

2. Exámenes de sangre:

3. Fecha:

4. Esofagogastroduodenoscopia:

5. Fecha:

6. Colonoscopia:

7. Fecha:

8. Helicobacter pylori:

9. Fecha:

10. Biopsias:

11. Fecha:

12. Ultrasonido:

13. Fecha:

14. Otros exámenes:

Sección V. Tratamiento

DIETA

Sección V. Tratamiento

(continuación)

MEDICAMENTO 1

1. Nombre:

2. Desde:

3. Dosis:

4. Hasta:

MEDICAMENTO 2

1. Nombre:

2. Desde:

3. Dosis:

4. Hasta:

MEDICAMENTO 3

1. Nombre:

2. Desde:

3. Dosis:

4. Hasta:

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (por favor indique detalles de la cirugía, fecha y evolución)

OTRO (explicar)

Sección VI. Evolución

1	¿Ha sido hospitalizado por una enfermedad del aparato digestivo?	Sí	No
2	¿Ha tenido complicaciones?	Sí	No
3	¿Padece de otras enfermedades?	Sí	No
4	¿Factores de riesgo?	Sí	No
5	¿Ha consultado a otro médico?	Sí	No

Por favor explicar las respuestas contestadas de manera afirmativa:

Sección VII. Información del médico tratante

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Dirección:

4. Correo electrónico:

5. Teléfono de la oficina:

6. Teléfono celular:

7. Firma y sello del profesional:

8. Fecha: