

## CUESTIONARIO DESÓRDENES GASTROINTESTINALES

### Información del paciente

Nombre y apellidos completos

Fecha de nacimiento

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

### Diagnóstico

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta

Síntomas

Diagnóstico

Fecha del último episodio

Detalles

Diagnóstico

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

#### PRUEBAS

Endoscopia

SÍ NO

Resultado

Fecha

## Diagnóstico

Colonoscopia	SÍ	NO	Resultado
Fecha			

Biopsia	SÍ	NO	Resultado
Fecha			

Helicobacter	SÍ	NO	Resultado
Fecha			

Otra	SÍ	NO	Resultado
Fecha			

Tratamiento

Condición actual

Complicaciones

### Diagnóstico

Controles realizados

Historia familiar

Otras enfermedades

Otros factores

Alcohol

Tabaco

Café

### Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos

Dirección

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Fecha

Firma