



| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| | <input type="checkbox"/> | |
| <div></div> | | |
| <div></div> | | |
| <div></div> | | |
| <div></div> | | |
| <div></div> | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div></div> | <div></div> |

NOMBRE

MARIA MAGDALENA BERRIOS SARMIENTO

EDAD 48 RUT 14.312.131-3 FECHA SOLICITUD 2024-06-06

FONO 949200197 DIRECCIÓN POBLACION PUANGUE ALTO

Tipo de Procedimiento

X

ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR DIAGNOSTICA ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR
DIAGNOSTICA

ENDOSCOPIA SUPERIOR TERAPEUTICA

COLONOSCOPIA

ERCP

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

OTRO

ANTECEDENTES MÓRBIDOS, MÉDICOS Y QUIRURGICOS

Antecedentes de patologías crónicas

NO

X

SI

HTA, DBT

Cuáles

Medicamentos

NO

X

SI

METFORMINA, LOSARTAN

Cuáles

Alcohol

X

NO SI Cantidad y tiempo

Tabaco

X

NO SI NO SI Cantidad y tiempo

Antecedentes CA gástrico

NO

X

SI

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

1.- Dolor Abdominal

NO

X

SI

1 MES

Tiempo de evolución

Intensidad

7

Eva

EPIGASTRIO

Localización

DIFUSO

Tipo

NINGUNA

Irradiación

NO DETERMINA

Alivia con

NO DETERMINA

Agrava con

2.- Anorexia

X

NO SI Tiempo de evolución

3.- Nauseas

X

NO SI Tiempo de evolución

4.- Vómito

X

NO SI Tiempo de evolución

Alimentario Bilioso

5.- Baja de peso

X

NO SI Kg. Tiempo de evolución

6.- Meteorismo

NO

X

SI

3 MESES

Tiempo de evolución

7.- Disfagia

X

NO SI Tiempo de evolución

Página 1/2

Fecha Registro: