

CUESTIONARIO SOBRE DESORDENES GASTRO-ESOFÁGICOS

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Fecha de Nacimiento
Mes/Día/Año

Sexo

Peso
lb kg

Estatura
pies m

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	----------------------	----------------------

Fumador ☐ Si ☐ No

Cigarillos por día

Cantidad de años fumando

II- SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de síntomas y signos:

Cuáles fueron los síntomas iniciales de la enfermedad?

☐ Acidez Estomacal (Reflujo Ácido)

☐ Dificultad para Tragar

☐ Tos seca

☐ Presencia de sangre en las heces

☐ Dolor Abdominal

☐ Náuseas o vómitos

☐ Diarrea Persistente

☐ Pérdida de peso Involuntaria

☐ Otras

Si la respuesta es "SI", por favor explique:

III- CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO?

☐ Esofagitis Aguda

☐ Esofagitis crónica

☐ GERD (Enfermedad de reflujo gastroesofágico)

☐ Esófago de Barrett

☐ Atresia esofágica

☐ Dispepsia

☐ Gastritis

☐ Úlcera péptica

☐ Hernia hiatal

☐ Otros Síntomas no mencionados anteriormente:

Cuál es la condición actual:

Fecha cuándo fue diagnosticada la enfermedad:

Frecuencia de consulta:

IV- RESULTADOS COMPLEMENTARIOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL Y SUS SEGUIMIENTOS:

	Resultados	Fecha
Endoscopia		
Sangre oculta en heces		
Biopsia		
Helicobacter pylori		
Otros resultados no mencionados anteriormente		

V- TRATAMIENTO INDICADO

	Nombre y Dosis	Fecha
<input type="radio"/> Dieta:		
<input type="radio"/> Antibióticos:		
<input type="radio"/> Antagonistas de Histamina:		
<input type="radio"/> Bloqueadores de acido:		
<input type="radio"/> Inhibidores de la bomba de protones:		
<input type="radio"/> Agentes cito protectores:		
<input type="radio"/> Tratamiento Quirúrgico: Detalles del procedimiento quirúrgico, fecha de cirugía y evolución:		

VI- HA CONSULTADO EL PACIENTE ALGÚN OTRO MÉDICO?

Respuesta	Información del médico	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Nombre:	
Fecha	Especialidad:	
	Motivo:	

**VII- HA ESTADO EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR
ALGUNA ENFERMEDAD GASTRO ESOFÁGICA?**

Respuesta

☐ Si ☐ No

Fecha

Diagnostico

**VIII-COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES
ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONOSTICO:**

XI- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y Apellido

Dirección de la oficina

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

País

Teléfono

Correo electrónico

Firma del Médico

Fecha