

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Biopsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Helicobacter	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	

Tratamiento

Condición actual

Complicaciones

Controles realizados

Historial familiar
Otras enfermedades
Otros factores <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Café

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Fecha	DD / MM / AA	Firma	

Bupa Ecuador S.A. Cia. de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador
 Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupalud.com/MiBupa