

CUESTIONARIO DE GASTROENTEROLOGÍA

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Médico remitente _____

Problemas gastrointestinales actuales/motivo de la consulta _____

Fecha del último examen de colon _____

Antecedentes médicos (cualquiera que deje en blanco se considerará negativo para su historia clínica).

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Hepatitis / enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad diverticular | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Lípidos elevados | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Varices, esofágicas |
| <input type="checkbox"/> Colelitiasis | <input type="checkbox"/> Exposición a hepatitis | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Varices, gástricas |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Poliarteritis nodosa | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | |

Para pacientes con hepatitis: por favor, marque todos los que apliquen

- ¿Transfusión de sangre anterior a 1992?
- ¿Tatuajes?
- ¿Alguna vez tuvo enzimas hepáticas anormales antes de que le dijeran que tenía hepatitis?
- ¿Alguna vez donó sangre? De ser así, cuándo _____
- ¿El banco de sangre le informó sobre resultados anormales?
- ¿Alguna vez usó drogas intravenosas o cocaína? De ser así, cuándo fue la última vez _____

-página siguiente-

Antecedentes quirúrgicos:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Reducción abierta con fijación interna |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía |
| <input type="checkbox"/> Oclusión tubárica bilateral | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Derivación aortocoronaria con injerto | <input type="checkbox"/> Biopsia del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | |
| <input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano | <input type="checkbox"/> Mastectomía | |

Alergias: anote cualquier medicamento que no pueda tomar

Medicamentos actuales: anote todos los medicamentos que toma actualmente. Por favor, incluya los medicamentos de venta libre.

Antecedentes de salud familiares: por favor, anote las enfermedades por cada miembro familiar. En caso de fallecimiento, por favor, incluya causa y edad de muerte.

Enfermedades

Madre	_____
Padre	_____
Hermanos	_____
Hermanas	_____
Hijos	_____

Alguien en la familia tiene alguna enfermedad hepática, pólipos de colon, cáncer de colon, cáncer de páncreas, cáncer de estómago, esprúe, enfermedad de ¿Crohn, o colitis ulcerativa? _____

Antecedentes sociales:

Ocupación _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Número de hijos y edades _____

Hábitos:

¿Consumes alcohol? Sí No De ser afirmativa su respuesta, indique cuánto bebe _____

Consumo de tabaco

- Fumador actual (diario; indique cuánto) _____ Fumador actual (ocasional) _____
 Ex fumador Nunca fumó Desconoce si alguna vez fumó

¿Consumes sustancias recreacionales o ilícitas? Sí No ¿Cuáles sustancias? _____

Revisión gastrointestinal:

¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes? De ser así, por favor, indique cuándo en el espacio provisto debajo. Por favor, conteste cada pregunta. Cualquiera que deje en blanco se considerará negativa para su historia clínica.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> ¿Acidez más de dos veces semanales?
¿Durante cuántos años? _____ |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Vómito con sangre | <input type="checkbox"/> Dolor para tragar |
| <input type="checkbox"/> Evacuación negra | <input type="checkbox"/> Calambre/distensión abdominal |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Cambio de peso |
| <input type="checkbox"/> Evacuación con sangre | <input type="checkbox"/> Peso de hace un año _____ |

Revisión de Sistemas:

¿Está teniendo algunos problemas relacionados con los sistemas siguientes? Por favor, explique cualquier respuesta afirmativa en el espacio de abajo. Por favor, conteste cada pregunta. Cualquiera que deje en blanco se considerará negativa en su historia clínica.

Sí	No	Síntomas constitucionales	Sí	No	Genitourinario	Sí	No	Hematológico/linfático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparición espontánea de hematomas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos inflamados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retención urinaria			
Sí	No	Ojos	Sí	No	Metabólico / Endocrino	Sí	No	Inmunológico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Químicos en el lugar de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias alimentarias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón del tejido mamario (masculino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema inmune comprometido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección sinusal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta						
Sí	No	Respiratorio	Sí	No	Neurológico			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor pleurítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vértigo			
Sí	No	Cardiovascular	Sí	No	Psiquiátrico			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incremento de estrés			
Sí	No	Gastrointestinal	Sí	No	Piel			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis de contacto			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comezón			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	Sí	No	Musculoesquelético			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en el vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras o alquitranadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito						

Si contestó sí a cualquiera de las anteriores, por favor, explique sus síntomas.

Firma del médico _____

Fecha ___/___/___