

ESTUDIOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

☐ Ninguno

☐ Colonoscopia

☐ Gastroscoopia

☐ ERCP

☐ Biopsia del Hígado

☐ Enteroscopia

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

☐ Ecografía Endoscópica

☐ Capsula Endoscópica

☐ Prueba de Estrés

☐ Ecocardiograma

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

PROCEDIMIENTOS ANTERIORES

☐ Ninguno

☐ Cirugía Estética del Abdomen

☐ Apendectomía

☐ Cirugía Bariátrica (Banda Gástrica)

☐ Cirugía Bariátrica (Derivación Gástrica)

☐ Cirugía Bariátrica (Manga Gástrica)

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

☐ Cirugía de Vejiga

☐ Seno

☐ Cesárea

☐ Resección de Colon

☐ Colostomía

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

☐ Derivación Coronaria

☐ Funduplicatura

☐ Cirugía de Vesícula Biliar

☐ Cirugía de Hemorroides

☐ Histerectomía

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

☐ Reparación de la Hernia Inguinal

☐ Cirugía de Ovarios

☐ Próstata

☐ Estómago

☐ Tiroides

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

☐ Ligadura de Trompas

☐ Reparación de la Hernia Umbilical

☐ Otro: _____

Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____

Número de Niños: _____

Estado Civil

☐ Soltero

☐ Casado

☐ Divorciado

☐ Separado

☐ Viudo

Alcohol

☐ Ninguno

Tipo	Cantidad	Numero
☐ Raramente	_____	_____
☐ Menos de 2 días a la semana	_____	_____
☐ Más de 2 días a la semana	_____	_____
☐ Diariamente	_____	_____
☐ Dejé de usar	_____	_____

Consumo de Tabaco

☐ Fuma diariamente

☐ Fuma ocasionalmente

☐ Ex fumador

☐ Nunca ha fumado

☐ Fumador- no se sabe el estatus

☐ Fuma poco

☐ Fuma mucho

☐ No se sabe si a fumado

Tipo	Comenzó	Dejo de Fumar	Cantidad	Frecuencia
☐ Cigarrillos	_____	_____	_____	_____
☐ Cigarro	_____	_____	_____	_____
☐ Tabaco de Mascar	_____	_____	_____	_____
☐ Pipa	_____	_____	_____	_____

Uso de Drogas

☐ Ninguno

Tipo	Numero	Numero
☐ Nunca he usado drogas recreativas	_____	☐ He usado drogas recreativas en el pasado _____
☐ Actualmente estoy usando drogas recreativas	_____	☐ He sido tratado por abuso de sustancias _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

☐ Ninguno

Nombre	Dosis	Cómo se toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FARMACIA

Nombre _____

Número de Teléfono _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Constitucional

☐ Ninguno

Si

No

fatiga

☐

☐

fiebre

☐

☐

sudores nocturnos

☐

☐

pérdida de peso

☐

☐

aumento de peso

☐

☐

Gastrointestinal

☐ Ninguno

Si

No

dolor abdominal

☐

☐

hinchazón abdominal

☐

☐

eructos

☐

☐

hinchazón

☐

☐

sangre en las heces

☐

☐

cambio en los hábitos intestinales

☐

☐

estreñimiento

☐

☐

diarrea

☐

☐

gas

☐

☐

acidez

☐

☐

hemorroides

☐

☐

ictericia

☐

☐

náusea

☐

☐

vómitos

☐

☐

falta de apetito

☐

☐

sangrado rectal

☐

☐

dolor en el recto

☐

☐

ensuciamiento/incontinencia

☐

☐

dificultad para tragar

☐

☐

Cardiovascular

☐ Ninguno

Si

No

dolor de pecho con actividad

☐

☐

falta de respiración con el ejercicio

☐

☐

falta de respiración cuando está acostado

☐

☐

dolor en las piernas al caminar

☐

☐

palpitaciones

☐

☐

hinchazón de piernas

☐

☐

desmayos

☐

☐

Respiratorio

☐ Ninguno

Si

No

tos

☐

☐

falta de respiración

☐

☐

flema o moco excesivo

☐

☐

tos con sangre

☐

☐

sibilancias

☐

☐

Genitourinario

☐ Ninguno

Si

No

agrandamiento o dolor de senos

☐

☐

masa en el seno

☐

☐

cambio en la frecuencia urinaria

☐

☐

orina oscura

☐

☐

disminución del flujo de orina

☐

☐

dolor al orinar

☐

☐

períodos pesados

☐

☐

sangre en la orina

☐

☐

impotencia

☐

☐

secreción uretral

☐

☐

incontinencia urinaria

☐

☐

Ojos

☐ Ninguno

Si

No

cambio de visión

☐

☐

visión doble

☐

☐

dolor en los ojos

☐

☐

fotofobia

☐

☐

Integumentario

☐ Ninguno

Si

No

picazón

☐

☐

lesiones/nódulos

☐

☐

erupción

☐

☐

tatuajes

☐

☐

Neurológico

☐ Ninguno

Si

No

mareo

☐

☐

desmayo

☐

☐

dolores de cabeza

☐

☐

entumecimiento/hormigueo

☐

☐

temblores

☐

☐

debilidad en los brazos

☐

☐

debilidad en las piernas

☐

☐

Endocrino

☐ Ninguno

Si

No

crecimiento anormal de pelo

☐

☐

pérdida anormal de pelo

☐

☐

intolerancia al frío

☐

☐

sed excesiva

☐

☐

sofocos

☐

☐

Psiquiátrico

☐ Ninguno

Si

No

sueño anormal

☐

☐

ansiedad/nerviosismo

☐

☐

depresión

☐

☐

alucinaciones

☐

☐

pérdida de memoria/confusión

☐

☐

ataques de pánico

☐

☐

pensamientos suicidas

☐

☐

Oído, Nariz, Boca y Garganta

☐ Ninguno

Si

No

sangrado de las encías

☐

☐

dolor de oído

☐

☐

pérdida de la audición

☐

☐

ronquera

☐

☐

llagas en la boca

☐

☐

obstrucción nasal

☐

☐

hemorragias nasales

☐

☐

dolor de garganta

☐

☐

problemas de sinusitis

☐

☐

Musculoesquelético

☐ Ninguno

Si

No

dolor de espalda

☐

☐

dolor en las articulaciones

☐

☐

ternura muscular

☐

☐

hinchazón de las articulaciones

☐

☐

Hematológica/Linfático

☐ Ninguno

Si

No

sangrado fácil

☐

☐

glándulas agrandadas

☐

☐

aparición frecuente de moretones

☐

☐

Alérgico/Inmunológicas

☐ Ninguno

Si

No

infecciones persistentes

☐

☐

fuertes reacciones alérgicas o urticaria

☐

☐

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

☐ Ningún conocimiento de la historia familiar

No historia familiar de

☐ Cáncer de Colon

☐ Pólipos en el Colon

☐ Enfermedad de Crohn

☐ Enfermedad Hepática

☐ Colitis Ulcerosa

Estado de Salud	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Saludable	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fallecido / a la edad de						
Diagnosticos						
Alcoholismo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastornos de la Coagulación	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Celíaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pólipos en el Colon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Crohn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas del Corazón	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Hepática	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer Pancreático	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Estómago	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Derrame Cerebral	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de la Tiroides	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Ulcerosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colitis Ulcerativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Colon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Edad de diagnostico						