



Advanced
Gastroenterology of Texas

2540 N Galloway Ave
Suite 205
Mesquite TX 75150

Teléfono: 214-962-4863
Fax: 214-306-0041
www.advancedgastrodoc.com

CUESTIONARIO HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE _____ Fecha _____

Razón por su visita hoy? _____

Tener una directiva anticipada? _____ Si la respuesta es si, por favor Proporcionarnos una copia

Por favor de una lista de todos los medicamentos y las dosis que está tomando actualmente (por favor, háganos saber si usted está tomando NSAIDs / anticoagulantes (Aleve, aspirina, ibuprofeno, Plavix, Coumadin, etc).

Medicamento	Dosis

Alergias a los medicamentos(lista de cualquier alergia a medicamentos tienen o han tenido) _____

Drogas	Reacción

¿A tenido una colonoscopia en el pasado? _____ Si contesto si favor ponga cuando fue _____

A tenido cirugías en el pasado? _____ Si respondió si, favor de dar la informacion abajo.

CIRUGÍA /PROCEDIMIENTO	LA FECHA

¿Tuvo problemas con la anestesia? _____ Si respondió sí favor, de dar explicación _____

Historia médica personal pasada (Sí sí, proporcionar una explicación)

					EXPLICACIÓN
DOLOR ABDOMINAL	_____		ALTA PRESIÓN	_____	
REFLUJO	_____		DIFICULTAD PARA PASAR COMIDA	_____	
HINCHAZÓN	_____		ESOFAGITIS	_____	
LA ENFERMEDAD CELÍACA	_____		CÁLCULOS BILLARES	_____	
CIRROSIS	_____		HEMORROIDES	_____	
CÁNCER DE COLON	_____		Síndrome del intestino irritable del intestino (IBS)	_____	
PÓLIPOS DE COLON	_____		NAUSEAS/ VOMITOS	_____	
ESTREÑIMIENTO	_____		PANCREATITIS	_____	
DIABETES	_____			_____	
DIARREA	_____				

Fumas o mastica tabaco? _____ Si es así , Como ? _____

Ex fumador? _____ Si si cuando dejaste de fumar? _____

Uso de alcohol? _____ Si si, cuánto y con qué frecuencia? _____

FAMILIA HISTORIA (indicar relación)

		Relación			Relación
CÁNCER DE COLON	_____		ARTERIAL ALTA PRESIÓN	_____	
PÓLIPOS DE COLON	_____		OTRO CÁNCER	_____	
DIABETES	_____		OTRAS MEDICAL PROBLEMAS	_____	
PROBLEMAS DEL CORAZÓN	_____				

COMENTARIOS ADICIONALES

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

RELACIÓN AL PACIENTE