

Nombre y Apellido: _____ Día: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____ C.P. _____ Tel.: _____

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cobertura de Salud: _____ Nº de Afiliado: _____

Estudio a Efectuar: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se afilio a su cobertura médica? : En forma Particular Me la brinda mi trabajo

MARQUE LO QUE CORRESPONDA

¿Le falta el aire al caminar? _____ Si No No sabe

¿Ha sufrido alguna vez dolor en el pecho? _____ Si No No sabe

¿Sufre del corazón? _____ Si No No sabe

¿Ha tenido presión arterial? _____ Si No No sabe

¿Está siendo tratado por alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál? _____ Si No No sabe

¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál? _____ Si No No sabe

¿Fuma? ¿Cuántos por día? ¿Desde cuándo? _____ Si No No sabe

¿Ha tenido diabetes? _____ Si No No sabe

¿Ha tenido glaucoma? _____ Si No No sabe

¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda que tipo? _____ Si No No sabe

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de riñón? ¿Cuál? _____ Si No No sabe

¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál? _____ Si No No sabe

¿Duerme bien? _____ Si No No sabe

¿Sufre habituales dolores de cabeza? _____ Si No No sabe

¿Sufre habituales dolores de cintura? _____ Si No No sabe

¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____ Si No No sabe

¿Sangra con facilidad o se le forman fácilmente hematomas? _____ Si No No sabe

¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____ Si No No sabe

¿Tiene varices? _____ Si No No sabe

¿Se ha tatuado? _____ Si No No sabe

¿Utiliza lentes de contacto? _____ Si No No sabe

¿Ha tomado corticoides en los últimos meses? _____ Si No No sabe

¿Ha recibido transfusiones? _____ Si No No sabe

¿Padece alguna enfermedad transmisible? Sífilis, SIDA, otras. ¿Cuál? _____ Si No No sabe

¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida? _____ Si No No sabe

Enumere las operaciones, el año y si lo durmieron por completo en forma parcial. _____

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____ Si No No sabe

¿Moviliza el intestino? N° de veces por semana _____ Si No No sabe

¿Por qué le piden el estudio? _____ Si No No sabe

Antecedentes de familiares por pólipos/ Tumor de colón. _____ Si No No sabe

¿Quién? ¿A qué edad? _____ Si No No sabe

¿Está tomando otro tipo de medicamento o drogas? ¿Cuáles? _____ Si No No sabe

Incluir homeopatía, Ginseng, hierbas, etc. _____ Si No No sabe

¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____ Si No No sabe

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento del 1 al 10:

PREGUNTAS PARA PACIENTES DEL SEXO FEMENINO

¿Esta menstruando actualmente? _____ Si No No sabe

¿Desde cuándo menstrua? _____ Si No No sabe

¿Puede estar embarazada? _____ Si No No sabe

¿Toma estrógenos? _____ Si No No sabe

Firma del Paciente/ Representante legal