

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 ☐ M ☐ Pies	Peso ☐ Kg ☐ 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	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Colonoscopia	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Biopsia	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Helicobacter	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Otra	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	

Tratamiento

Condición actual

Complicaciones

Controles realizados

Historial familiar
Otras enfermedades
Otros factores ☐ Alcohol ☐ Tabaco ☐ Café

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

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupalud.com