

CUESTIONARIO DE DESÓRDENES GASTROINTESTINALES

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Initial
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	

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupalud.com/MiBupa