

FECHA

Nombre y Apellido: _____

E-mail: _____ D.N.I.: _____

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

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cobertura de Salud: _____ N° de Afiliado: _____

Estudio a Efectuar: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica? En forma particular Me la brinda mi trabajo **POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:**¿Ha tenido presión arterial alta? _____ SI NO NO SABE ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?: _____ SI NO NO SABE ¿Padece diabetes? _____ SI NO NO SABE ¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo?: _____ SI NO NO SABE ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____ SI NO NO SABE ¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? _____ SI NO NO SABE ¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____ SI NO NO SABE ¿Ha recibido transfusiones? _____ SI NO NO SABE ¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE ¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?: _____ SI NO NO SABE

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____ SI NO NO SABE ¿Por qué le piden el estudio? _____ SI NO NO SABE

¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? ¿Quién? ¿A qué edad?:

¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual? _____ SI NO NO SABE ¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____ SI NO NO SABE ¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios? _____ SI NO NO SABE ¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles?: _____ SI NO NO SABE

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10: _____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Toma estrógenos? _____ SI NO NO SABE ¿Puede estar embarazada? _____ SI NO NO SABE Firma y aclaración del
PACIENTE - DNI(*) Firma y aclaración del
REPRESENTANTE LEGAL - DNI

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el cuestionario será firmado por el pariente mas cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.