

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA COLONOSCOPIA

NOMBRE _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Estatura _____ **Peso** _____
 (Requerido)

Médico de cabecera _____ Profesional médico que remite al paciente _____
 ¿Necesita intérprete? _____ ¿Qué idioma? _____
 ¿Tiene usted alguna limitación física? _____ ¿Usa una silla de ruedas? _____

Anestesia	SI	NO
¿Usa usted oxígeno en el hogar o tiene asma incontrolada?		
¿Tiene usted o alguien en su familia problemas graves/que ponen en riesgo la vida debido a la anestesia tales como un historial de hipertermia maligna?		
Cardíaco/Vascular		
¿Tiene colocado un marcapasos o desfibrilador?		
¿Sufre usted de angina actualmente?		
¿Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca congestiva?		
¿Tiene usted o alguien en su familia problemas de coagulación o alguna enfermedad hemorrágica (por ejemplo, hemofilia, enfermedad de Von Willebrand)?		
¿Ha tenido un derrame cerebral o ataque al corazón en los últimos 6 meses? Si la respuesta es SI, necesita conseguir la aprobación de su cardiólogo (por escrito) para que procedamos.		
Nombre del cardiólogo: _____		
Otro		
¿Toma usted un diluyente para la sangre (Coumadin, Plavix, Lovenox o Aggrenox)?		
¿Es usted diabetico/a?		
¿Alguna alergia (incluyendo a Latex)?		
¿Tuvo un MRSA con resultado positivo? ¿Si es así, qué parte del cuerpo?		
¿Tiene usted antecedentes de cirrosis?		
¿Ha tenido algún contacto con alguien que tenga una enfermedad contagiosa en los últimos 30 días (varicela)?		
¿Tiene usted problemas con los riñones?		
¿Le hacen diálisis?		

Por favor indique PACIENTE, MADRE, PADRE, HERMANA, HERMANO, HIJO/A, o NINGUNO

Problemas del Colon/intestinos

Cáncer del Colon _____
 Enfermedad de Crohn _____
 Evacuaciones irregulares (paciente solamente) _____
 Hemorragias rectales _____
 (paciente solamente)

Síndrome del colon irritable _____
 Colitis Ulcerosa _____
 Pólipos _____

****Observe por favor que ciertas dolencias requieren un ajuste del hospital para los procedimientos.**

Última colonoscopia (año) _____ Última sigmoidoscopia (año) _____

Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Tel. durante el día _____ Tel. celular _____

Preferencia para la llamada del hospital: AM PM NOCHE

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

* FOR OFFICE USE ONLY / Do Not Fill In *					
Date	Time	Arrival	PAT Date	Home / Work / Cell	ST. JOE'S DH
Bueno	Gulur	Muddana	Nagri	Scherer	