

## HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

### **Marque con una X en la respuesta correcta**

Remitido/a por:  Un doctor  Otro paciente  Página web  Facebook  Otros

¿Tiene antecedentes en su familia de pólipos o cáncer de colon o recto?  No  Sí

¿Tiene antecedentes familiares de otro tipo de cáncer?  No  Sí

Anote las intervenciones quirúrgicas que le han efectuado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Sólo mujeres) N° de partos vaginales \_\_\_\_\_ ¿Tuvo desgarro en alguno?  No  Sí

Si le operaron alguna vez ¿tuvo alguna complicación anestésica?  No  Sí

¿Es fumador?  No  Sí ¿Tiene alergia a algún medicamento?\*  No  Sí

\*En caso afirmativo: ¿A qué medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Toma medicación anticoagulante como Aspirina, AAS, Sintrom, Plavix, Clopidogrel?  No  Sí

Anote sus medicaciones habituales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Marque si ha padecido o padece alguno de estos problemas**

Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Diabetes (Tipo I o II)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Aumento de colesterol	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Colon irritable	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Bronquitis crónica (BNCO)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Úlcera de estómago/duodeno	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedades reumáticas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Hernia de hiato o reflujo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Prostatismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Obesidad importante	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Infecciones de orina frecuentes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Artrosis / Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Ansiedad /Depresión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Otros problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Traumatismo grave	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Ictus (Ataque cerebral)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí			