

CUESTIONARIO PATOLOGÍA GASTROINTESTINAL

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario sea por el cliente

Nombre:	Documento:	Edad:																				
<p>1. Informe diagnóstico</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Enfermedad ácido péptica <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Colitis <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Hemorroides <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Intestino irritable <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Gastroesofágico <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cirrosis hepática <input type="checkbox"/></td> <td>Colostomía <input type="checkbox"/></td> <td>Hernia hiatal <input type="checkbox"/></td> <td>Ileostomía <input type="checkbox"/></td> <td>Úlcera gástrica <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Colelitiasis <input type="checkbox"/></td> <td>Diverticulosis <input type="checkbox"/></td> <td>Hígado graso <input type="checkbox"/></td> <td>Obstrucción intestinal <input type="checkbox"/></td> <td>Úlcera duodenal <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Colecistitis <input type="checkbox"/></td> <td>Gastritis <input type="checkbox"/></td> <td>Hepatitis A-B-C <input type="checkbox"/></td> <td>Pancreatitis <input type="checkbox"/></td> <td>Otro <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Enfermedad ácido péptica <input type="checkbox"/>	Colitis <input type="checkbox"/>	Hemorroides <input type="checkbox"/>	Intestino irritable <input type="checkbox"/>	Gastroesofágico <input type="checkbox"/>	Cirrosis hepática <input type="checkbox"/>	Colostomía <input type="checkbox"/>	Hernia hiatal <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>	Úlcera gástrica <input type="checkbox"/>	Colelitiasis <input type="checkbox"/>	Diverticulosis <input type="checkbox"/>	Hígado graso <input type="checkbox"/>	Obstrucción intestinal <input type="checkbox"/>	Úlcera duodenal <input type="checkbox"/>	Colecistitis <input type="checkbox"/>	Gastritis <input type="checkbox"/>	Hepatitis A-B-C <input type="checkbox"/>	Pancreatitis <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Enfermedad ácido péptica <input type="checkbox"/>	Colitis <input type="checkbox"/>	Hemorroides <input type="checkbox"/>	Intestino irritable <input type="checkbox"/>	Gastroesofágico <input type="checkbox"/>																		
Cirrosis hepática <input type="checkbox"/>	Colostomía <input type="checkbox"/>	Hernia hiatal <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>	Úlcera gástrica <input type="checkbox"/>																		
Colelitiasis <input type="checkbox"/>	Diverticulosis <input type="checkbox"/>	Hígado graso <input type="checkbox"/>	Obstrucción intestinal <input type="checkbox"/>	Úlcera duodenal <input type="checkbox"/>																		
Colecistitis <input type="checkbox"/>	Gastritis <input type="checkbox"/>	Hepatitis A-B-C <input type="checkbox"/>	Pancreatitis <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>																		
<p>2. Informe tratamiento: Medicamentos con nombre y dosis o cirugía</p>																						
<p>3. Factores desencadenantes: Medicamentos, alimentos, estrés otros factores</p>																						
<p>4. Resultado y fecha de los últimos exámenes</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Día Mes Año </div>																						
<p>5. Hábitos</p> <p>¿Practica ejercicio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fuma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Nº de Cigarrillos) <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>¿Consumo licor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Realiza actividad física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>																						
<p>6. Incluya cualquier información adicional que considere relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario</p>																						
<p>LUGAR Y FECHA</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Día Mes Año </div>																						
<p>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</p>																						