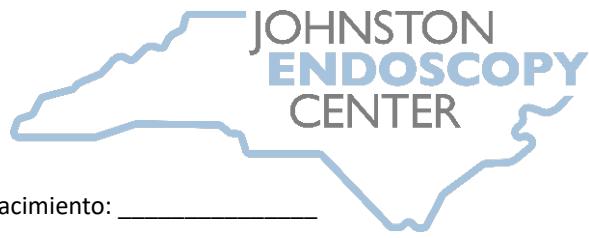


Formulario de Historia Clínica del Paciente

Por favor, complete este formulario y tráigalo el día de su procedimiento.



Información Personal:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Procedimiento: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Altura: _____ Peso: _____

Importante: Un adulto responsable/conductor debe acompañarle en el centro durante la duración de su visita.

Alergias/Sensibilidades:

Liste cualquier alergia o sensibilidad a medicamentos, materiales, alimentos, y factores ambientales, incluyendo el nombre del alérgeno y la reacción.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Medicamentos:

Por favor, liste todos los medicamentos (prescripción, venta libre, suplementos, y vitaminas), especificando su nombre, dosis, frecuencia, y propósito.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Lista de Verificación para el Examen de Salud:

¿Está tomando alguno de los medicamentos mencionados a continuación?

- [] Sí [] No Anticoagulante: (Nombre: _____)
[] Sí [] No Medicamentos (Ozempic, Semaglutide, Mounjaro, Tirzepatide, Wegovy, Voictoza, Saxenda, Byetta, Trulicity, Phentermine)

Lista de Verificación de Condiciones de Salud:

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? **Si responde Sí a alguna, contacte a la oficina de su médico gastroenterólogo para una evaluación adicional.**

- [] Sí [] No Problemas Respiratorios/Anafilaxia al Látex
[] Sí [] No Oxígeno en Casa
[] Sí [] No Dificultad para Intubar
[] Sí [] No Desfibrilador AutomáticoImplantado (AICD)
[] Sí [] No Embarazo/Lactancia
[] Sí [] No En Diálisis
[] Sí [] No Medicamentos para Perder Peso
[] Sí [] No Medicamentos para la Diabetes
[] Sí [] No Problemas con la Anestesia (Explique: _____)

Estilo de Vida:

Uso de Tabaco: [] No [] Sí (No use el día del procedimiento)

Consumo de Alcohol: [] No [] Sí (# de bebidas/semana: _____)

Otro/Varios: _____

Historial Médico:

¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? Marque "Sí" o "No" según corresponda.

- [] Sí [] No - Insuficiencia Cardíaca Congestiva
[] Sí [] No - Cáncer de Colon
[] Sí [] No - Convulsiones
[] Sí [] No - Latidos Cardíacos Irregulares
[] Sí [] No - Cirrosis
[] Sí [] No - Accidente Cerebrovascular/TIA/CVA
[] Sí [] No - Dolor en el Pecho/Angina
[] Sí [] No - Enfermedad Hepática
[] Sí [] No - Enfermedades Infecciosas
[] Sí [] No - Ataque Cardíaco
[] Sí [] No - Hepatitis
[] Sí [] No - Trastornos de Sangrado/Coagulación
[] Sí [] No - Stents Cardíacos
[] Sí [] No - Bolsa de Colostomía
[] Sí [] No - Cáncer
[] Sí [] No - Dificultad para Respirar
[] Sí [] No - Colitis/Crohn
[] Sí [] No - Quimioterapia o Radiación
[] Sí [] No - Apnea del Sueño
[] Sí [] No - Anemia
[] Sí [] No - Herpes Zóster
[] Sí [] No - EPOC
[] Sí [] No - C. Difficile
[] Sí [] No - VIH/SIDA
[] Sí [] No - Insuficiencia Renal
[] Sí [] No - Diabetes
[] Sí [] No - Presión Arterial Alta

Cirugías:

Liste todas las cirugías mayores.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Asegúrese de que toda la información es precisa y completa para la mejor atención posible.