

# CUESTIONARIO DE DESÓRDENES GASTROINTESTINALES

Para ser completado por el médico tratante  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb

## 2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta DD / MM / AA	Síntomas	
	Diagnóstico	
Fecha del último episodio DD / MM / AA	Detalles	
	Síntomas	

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)

Prueba	Fecha	Resultado
Endoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Biopsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Helicobacter	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA

Tratamiento

Condición actual

Complicaciones

Controles realizados

Historial familiar

Otras enfermedades

Otros factores  Alcohol  Tabaco  Café

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Fecha	DD / MM / AA	Firma	

**Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.**

5<sup>a</sup> Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de  
Guatemala PBX: 2300-8000 • [www.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)