

CUESTIONARIO DE GASTRITIS / ULCERA PÉPTICA

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA)



1 Información del Paciente

Nombre: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Estatura _____ Peso _____
 m pies kg lb

2 Información Médica

1. Fecha cuando comenzaron los síntomas: ____/____/____
Mes Día Año

2. Síntomas y Diagnóstico: _____

3. Exámenes realizados	Fecha	Resultado
<input type="radio"/> Radiografía	____/____/____ Mes Día Año	
<input type="radio"/> Endoscopia	____/____/____ Mes Día Año	
<input type="radio"/> Biopsia	____/____/____ Mes Día Año	
<input type="radio"/> Helicobacter	____/____/____ Mes Día Año	
<input type="radio"/> Otros	____/____/____ Mes Día Año	

4. Diagnóstico: _____

5. Tratamiento: _____

6. Fecha del último episodio de síntomas: ____/____/____
Mes Día Año

7. Controles realizados: _____

8. Historial familiar: _____

9. Otros factores: Alcohol Tabaco Café

10. Otras enfermedades: _____

Por favor continúe en la siguiente página.

11. Condición actual: _____

3 Información del Médico Tratante

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Número de fax: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Firma del Médico Tratante

Fecha: ____ / ____ / ____
Mes Día Año