

# 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, Voicetoza, 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 Automático Implantado (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.**