

Formulario de historia médica
 seguimiento del paciente

Nombre: _____
 DOB: _____
 Fecha: _____

Gracias por elegir nuestra clínica para sus necesidades de salud! Apreciamos su ayuda para completar este formulario, ya que nos ayudará a una mejor atención para usted. Esta es la información confidencial que se le mantenga en su registro médico electrónico. Por favor, hable con su médico o enfermera si necesita ayuda con este formulario

Quién es su médico de referencia? _____

Quién es su médico de atención primaria? _____

Quién es su gastroenterólogo? _____

Cuál es el motivo de su visita / más síntomas molestos?

Ha sido hospitalizado para su enfermedad desde su última visita? En caso afirmativo, indique el motivo (s) y fecha (s); ex. Llamada, obstrucción, absceso, cirugía, etc.

El diagnóstico actual (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> colitis microscópica | <input type="checkbox"/> bolsitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Fecha de Diagnóstico:
 ___/___/____

Por favor completar si usted tiene la enfermedad de Crohn. AYER, cómo se sintió en términos de?

Bienestar general:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bien | <input type="checkbox"/> ligeramente por debajo de la par |
| <input type="checkbox"/> pobre | <input type="checkbox"/> muy pobre <input type="checkbox"/> terrible |

Dolor abdominal:

- ninguna templado moderar grave

Número total de heces líquidas en las últimas 24 horas: _____

Tiene alguna?

- | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mouth ulcers | <input type="checkbox"/> Lesiones de la piel |
| <input type="checkbox"/> articulaciones inflamadas | <input type="checkbox"/> llagas anales |
| <input type="checkbox"/> ojos inflamados | |

Por favor completar si usted tiene colitis ulcerosa. Responder sobre la base de los últimos 3 DIAS?

- Normal
 1-2 deposiciones / día más de lo normal
 3-4 deposiciones / día más de lo normal
 5 deposiciones / día más de lo normal

En promedio, la cantidad de sangrado rectal ¿Está teniendo?

- Ninguna
 sangre visible con las heces menos de la mitad del tiempo
 sangre visible con el taburete de la mitad del tiempo o más
 Al pasar la sangre por sí sola

SF-12® QUALITY OF LIFE Patient Questionnaire

Esta información ayudará a los médicos realizar un seguimiento de cómo se siente y lo bien que son capaces de realizar sus actividades habituales. Responder a todas las preguntas colocando una marca de verificación en la línea de frente de la respuesta apropiada. Si no está seguro acerca de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda y hacer un comentario por escrito al lado de su respuesta.

1. En general, diría que su salud es:

- Excelente (1)
 Muy bien (2)
 Bueno (3)
 Justa (4)
 Pobre (5)

Las siguientes dos preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. Su salud actual límite que en estas actividades? Si es así, cuánto?

2. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar a los bolos, o jugar al golf:

- Si, Me limita mucho (1)
 Si, Un poco limitado (2)
 No, No se limita en absoluto (3)

3. Subir varios tramos de escaleras:

- Si, Me limita mucho (1)
 Si, Un poco limitado (2)
 No, No se limita en absoluto (3)

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguna de las siguientes problemas con el trabajo u otras actividades regulares a causa de su salud física?

4. Ha logrado hacer menos de lo que quisiera:

- Si (1)
 No (2)

5. Ha tenido limitaciones en el tipo de trabajo u otras actividades:

- Si (1)
 No (2)

Durante las últimas 4 semanas, ¿estaba limitado en cuanto al tipo de trabajo que hace u otras actividades regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

6. Ha logrado hacer menos de lo que quisiera:

- Si (1)
 No (2)

7. No hacer el trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como de costumbre:

- Si (1)
 No (2)

8. Durante las últimas 4 semanas, cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar y las tareas del hogar)?

- De ningún modo (1)
 Un poco (2)
 moderadamente (3)
 Bastante (4)
 Extremadamente (5)

Los siguientes tres preguntas se refieren a cómo se siente y cómo las cosas han sido durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la forma en que se ha sentido. Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas –

9. Se ha sentido tranquilo y pacífico?

- Todo el tiempo (1)
 La mayoría del tiempo (2)
 Una buena parte del tiempo (3)
 Algo de tiempo (4)
 Una pequeña parte del tiempo (5)
 Algo de Tiempo (6)

En la actualidad, se le tiene cualquiera de los siguientes síntomas:

General <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> sudores nocturnos <input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/> aumento de peso <input type="checkbox"/> pérdida de peso	Articulación <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> hinchazón <input type="checkbox"/> rigidez
Cabeza <input type="checkbox"/> dolor de ojo <input type="checkbox"/> enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/> llagas en la boca	Piel <input type="checkbox"/> erupción dolorosa <input type="checkbox"/> úlceras de la piel
Pecho <input type="checkbox"/> tos crónica <input type="checkbox"/> falta de aliento	<input type="checkbox"/> sibilancias	Vascular <input type="checkbox"/> hinchazón de los pies <input type="checkbox"/> dolor en terneros para caminar
Corazón <input type="checkbox"/> pulso acelerado <input type="checkbox"/> dolor en el pecho con la actividad	<input type="checkbox"/> dolor torácico en reposo <input type="checkbox"/> desmayo	Endocrino <input type="checkbox"/> intolerancia al calor <input type="checkbox"/> intolerancia al frío
GI <input type="checkbox"/> acidez <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> dolor al tragar <input type="checkbox"/> la comida se queda pegada al tragar <input type="checkbox"/> hinchazón <input type="checkbox"/> distendido (hinchado) abdomen <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> el miedo de comer <input type="checkbox"/> gorgoteo ruidos intestinales <input type="checkbox"/> dolor alrededor del ano <input type="checkbox"/> secreciones alrededor del ano		neurológica <input type="checkbox"/> dolores de cabeza <input type="checkbox"/> debilidad (cara /extremidades) <input type="checkbox"/> Entumecimiento (cara) <input type="checkbox"/> problemas con la visión <input type="checkbox"/> problemas con el habla <input type="checkbox"/> problemas para caminar <input type="checkbox"/> problemas de equilibrio <input type="checkbox"/> temblor
Genitourinario <input type="checkbox"/> cálculos renales <input type="checkbox"/> sangre en la orina <input type="checkbox"/> heces de la orina		Mujer <input type="checkbox"/> períodos irregulares <input type="checkbox"/> relaciones sexuales dolorosas <input type="checkbox"/> esterilidad <input type="checkbox"/> pasar las heces o gas a través de la vagina
Psiquiátrico <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión		Hombres <input type="checkbox"/> esterilidad <input type="checkbox"/> disfunción eréctil

Por favor anote cualquier problema de salud, o cualquier otro elemento que le gustaría hablar con el médico:

