

**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"/> borsitis         |
| <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:**

- Muy bien     ligeramente por debajo de la par  
 pobre     muy pobre     terrible

**Dolor abdominal:**

- ninguna     templado     moderar     grave

**Número total de heces líquidas en las últimas 24 horas:** \_\_\_\_\_

**Tiene alguna?**

- Mouth ulcers     Lesiones de la piel  
 articulaciones inflamadas     llagas anales  
 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:**

<b>General</b> <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	<b>Articulación</b> <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> hinchazón <input type="checkbox"/> rigidez
<b>Cabeza</b> <input type="checkbox"/> dolor de ojo <input type="checkbox"/> enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/> llagas en la boca	<b>Piel</b> <input type="checkbox"/> erupción dolorosa <input type="checkbox"/> úlceras de la piel
<b>Pecho</b> <input type="checkbox"/> tos crónica <input type="checkbox"/> falta de aliento	<input type="checkbox"/> sibilancias	<b>Vascular</b> <input type="checkbox"/> hinchazón de los pies <input type="checkbox"/> dolor en terneros para caminar
<b>Corazón</b> <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	<b>Endocrino</b> <input type="checkbox"/> intolerancia al calor <input type="checkbox"/> intolerancia al frío
<b>GI</b> <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	<input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> sangrado rectal <input type="checkbox"/> heces de color negro <input type="checkbox"/> dolor anal <input type="checkbox"/> hinchazón alrededor del ano <input type="checkbox"/> secreción anal <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> intolerancia a la leche <input type="checkbox"/> hinchazón alrededor del ano	<b>neurológica</b> <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
		<b>Mujer</b> <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
<b>Genitourinario</b> <input type="checkbox"/> cálculos renales <input type="checkbox"/> sangre en la orina <input type="checkbox"/> heces de la orina	<input type="checkbox"/> dolor / ardor al orinar <input type="checkbox"/> micción frecuente	<b>Hombres</b> <input type="checkbox"/> esterilidad <input type="checkbox"/> disfunción eréctil
<b>Psiquiátrico</b> <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión		

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

---



---



---

