

# CUESTIONARIO DE DESÓRDENES GASTROINTESTINALES

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

Código:

R.A.: APS/DS/N° 032/2021



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                     |              |                                                                   |                                                              |
|---------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nombre              | Apellido     | Nombre                                                            | Initial                                                      |
| 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 | Síntomas    |  |
| DD / MM / AA                 | Diagnóstico |  |
| Fecha del último episodio    | Detalles    |  |
| DD / MM / AA                 | 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 <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Café |

| 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE |              |       |  |
|------------------------------------|--------------|-------|--|
| Nombre                             |              |       |  |
| Dirección                          |              |       |  |
| Teléfono                           |              | Fax   |  |
| Correo electrónico                 |              |       |  |
| Fecha                              | DD / MM / AA | Firma |  |

**Bupa Insurance (Bolivia) S.A.**

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201 - 203 • Santa Cruz, Bolivia  
Tel. (591-3) 342 4264 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)