



HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE
Por favor complete antes del procedimiento

Historia medica del paciente							
ENFERMEDAD/SINTOMAS	Si	No	Comentarios	ENFERMEDAD/SINTOMAS	Si	No	Comentarios
Cardiovascular/Historia del corazon							
Ritmo anormal				Anemia			
AICD (Desfibrilador)				Enfermedad autoimmune			
Ataque al corazon				Hiperplasia benigna de prostate			
Alta presion sanguinea				Depresion/ansiedad			
Cholesterol alto				Diabetico			
La thrombosis venosa profunda				Enfermedad de riñon/dialisis			
Marcapasos				Otros tipos de cancer personal			
Historia Pulmonar				Enfermedad de tiroides			
Asma (inhalador)				Otras enfermedades no se ha señalado anteriormente			
EPOC							
Apnea del sueno							
Embolia Pulmonar				Historia Personal			
Oxigeno suplementarrio				Problema	Si	No	
Tuberculosis				¿Problema con la anestesia?			
Estomago/intestinal				¿Consumo de tabacco?			
Dolor abdominal				¿Consumo de alcohol?			
El esofago de Barrett				¿Consumo de drogas?			
Cambio en los habitos intestinales				¿Ha tenido un problema de drogas?			
Cancer de colon familiar				Transfucion de sangre			
Cancer de colon personal				Razon del procedimiento			
Enfermedad de Crohn's				¿Ha tenido una colonoscopia en el pasado?			
Cancer de esofago o gastrico				¿Cuando?			
Enfermedad de la vesicula				¿Polipos eliminados?			
Ulceras gastricas				Historia Femenina			
Enfermedad del higado				¿Histerectomia/ligadura de trompas?			
Pancreatitis				¿Ultimo period menstrual?			
Reflujo o acidez				Hospitalizacion pasado/cirugias			
Dificultad al tragar							
Colitis ulcerosa							
Neuro/Musculoesqueletico							
Artritis/dolor cronico							
Mal de Parkinson							
Derrame cerebral/convulsiones							