

Cuestionario para el paciente / Patient Questionnaire

Nombre / Name	
Fecha de nacimiento / Date of Birth:	
Motivo de la consulta / Reason for Visit	
Médico referente / Referring Physician	

Alergias a medicamentos / Medication Allergies

Medicamentos y dosis que toma actualmente / Current medications and dosage	

Lista de problemas médicos / Medical Problem List	Cirugías anteriores / Previous Surgeries
	Fecha de última colonoscopia / Date of last colonoscopy:

¿Antecedentes familiares de cáncer de colon? Si es así, indique la relación / Family history of colon cancer? If so, please list relationship:	¿Algún otro antecedente familiar de problemas médicos? / Any other family history of medical problems?

Consumo de tabaco (marque con un círculo) / Tobacco use (please circle) :	Usuario actual / Current smoker/anterior / Former/nunca / Never Tipo / Type: Cigarrillos / Cigarettes/puros / Cigar/pipa / Pipe Tabaco sin humo / Smokeless tobacco: Usuario actual / Current user/anterior / Former/nunca / Never
	¿Está listo para dejar de fumar? / Ready to quit? Sí / Yes/No
Consumo de alcohol: ¿Cuánto por semana? / Alcohol Use: How many per week?	_____ Copas de vino / Glasses of Wine _____ Latas de cerveza / Cans of beer ___ Tragos de licor / Shots of liquor

Revisión de sistemas: Marque su respuesta con un círculo / Systems Review: Please circle for your answer											
CONSTITUCIONAL / Constitutional			OJOS / Eyes			GASTROINTESTINAL / Gastrointestinal			Endócrino/hematológico / Endo/Heme		
Fiebre / Fever	S / Y	N	Visión borrosa / Blurred vision	S / Y	N	Acidez estomacal / Heartburn	S / Y	N	Formación de hematomas con facilidad / Easy bruising	S / Y	N
Escalofríos / Chills	S / Y	N	Visión doble / Double vision	S / Y	N	Náuseas / Nausea	S / Y	N	alergias / Allergies	S / Y	N
Pérdida de peso / Weight loss	S / Y	N	Sensibilidad a la luz / Light sensitivity	S / Y	N	Vómitos / Vomiting	S / Y	N	Sed excesiva / Excessive thirst	S / Y	N
Fatiga / Fatigue	S / Y	N	Dolor en los ojos / Eye pain	S / Y	N	Dolor abdominal / Abdominal pain	S / Y	N	Neurológico / Neurologic		
Sudoración / Sweating	S / Y	N	Secreción de los ojos / Eye discharge	S / Y	N	Diarrea / Diarrhea	S / Y	N	Mareos / Dizziness	S / Y	N
Debilidad / Weakness	S / Y	N	Enrojecimiento de los ojos / Eye redness	S / Y	N	Constipación / Constipation	S / Y	N	Hormigueo / Tingling	S / Y	N
Piel			Corazón			Sangre en las heces / Blood in stool	S / Y	N	Temblor / Tremor	S / Y	S / Y
Sarpullido / Rash	S / Y	N	Dolor de pecho / Chest pain	S / Y	N	Deposiciones de color negro / Black	S / Y	N	Cambio en la sensación / Change in sensation	S / Y	N

Cuestionario para el paciente / Patient Questionnaire

						stool					
Comezón / <i>Itching</i>	S / Y	N	Latidos cardíacos irregulares / <i>Irregular heart beat</i>	S / Y	N	Urinario / Urinary			CAMBIOS EN EL HABLA / <i>Speech Change</i>	S / Y	N
Problemas otorrinolaringológicos / Ear, Nose and Throat			¿Falta de aire en reposo? / <i>Shortness of breath when lying down?</i>	S / Y	N	S / Y	S / Y	N	Debilidad / <i>Weakness</i>	S / Y	N
Dolores de cabeza / <i>Headaches</i>	S / Y	N	Dolor en las piernas al caminar / <i>Pain in legs when walking</i>	S / Y	S / Y	Urgencia para orinar / <i>Urgency to urinate</i>	S / Y	N	Convulsiones / <i>Seizures</i>	S / Y	N
Pérdida de la audición / <i>Hearing loss</i>	S / Y	N	Hinchazón en las piernas / <i>Leg swelling</i>	S / Y	S / Y	Ganas frecuentes de orinar / <i>Frequent urination</i>	S / Y	N	Pérdida de conciencia / <i>Loss of consciousness</i>	S / Y	N
Zumbido en los oídos / <i> ringing in ears</i>	S / Y	N	¿Se despierta con dificultad para respirar? / <i>Waking up with shortness of breath?</i>	S / Y	S / Y	Sangre en la orina / <i>Blood in urine</i>	S / Y	N	Psiquiátrico / Psychiatric		
Dolor de oído / <i>Ear pain</i>	S / Y	N	Pulmones / Lungs			Dolor en el flanco / <i>Flank pain</i>	S / Y	N	Depresión / <i>Depression</i>	S / Y	N
Secreción del oído / <i>Ear discharge</i>	S / Y	N	Tos / <i>Cough</i>	S / Y	N	MUSCULOESQUELÉTICO / Musculoskeletal			Pensamientos suicidas / <i>Thoughts of suicide</i>	S / Y	N
Hemorragia nasal / <i>Nosebleeds</i>	S / Y	N	Tos con sangre / <i>Coughing up blood</i>	S / Y	N	Dolor muscular / <i>Muscle pain</i>	S / Y	S / Y	Abuso de sustancias / <i>Substance abuse</i>	S / Y	N
Congestión / <i>Congestion</i>	S / Y	N	Tos con flema / <i>Coughing up phlegm</i>	S / Y	N	Dolor de cuello / <i>Neck pain</i>	S / Y	S / Y	Alucinaciones / <i>Hallucinations</i>	S / Y	N
Respiración ruidosa / <i>Noisy breathing</i>	S / Y	N	Dificultad para respirar / <i>Shortness of breath</i>	S / Y	N	Dolor de espalda / <i>Back Pain</i>	S / Y	S / Y	Ansiedad / <i>Anxiety</i>	S / Y	N
Dolor de garganta / <i>Sore throat</i>	S / Y	N	Sibilancias / <i>Wheezing</i>	S / Y	N	Dolor en las articulaciones / <i>Joint pain</i>	S / Y	S / Y	Insomnio / <i>Insomnia</i>	S / Y	N
						Caidas / <i>Falls</i>	S / Y	N	Pérdida de memoria / <i>Memory loss</i>	S / Y	S / Y