



FACILITY: _____

History Form

FORM.POL.002
 Effective Date: October 23, 2008

PATIENT HISTORY FOR VIRTUAL COLONOSCOPY EXAMINATION SPANISH

Nombre del Paciente: _____

Patient ID: _____

Fecha: ____/____/____

1. Uso la preparacion Prep kit? SI NO Desconocido
2. Le hizo bien? SI NO Desconocido
3. Ha tenido este examen de virtual colonoscopy? SI NO Desconocido
 Si contesto que si le dijeron que era normal? SI NO Desconocido
 Donde y cuando se lo hicieron? _____
4. Le han hecho examen del recto recientemente? SI NO Desconocido
5. Ha tenido una biopsia del colon en las ultimas 2 semanas?? SI NO Desconocido
6. Tiene dolor en el abdomen? SI NO Desconocido
7. Ha tenido cambios en su excremento? SI NO Desconocido
8. Ha pasado sangre en su excremento? SI NO Desconocido
9. Tiene diarrea? SI NO Desconocido
10. Tiene problema de estrenimiento? SI NO Desconocido
11. He tenido cirugia del colon? SI NO Desconocido
 Le han removido su apendice? SI NO Desconocido
12. Ha tenido su padre, madre, hermano or hermana historia de colitis, polipos del colon or cancer? SI NO Desconocido
 Si es si, que tipo: (if yes explain) _____
13. Ha tenido enfermedad del colon, diverticulosis, tumor, colitis o polypos? SI NO Desconocido