

# SOLICITUD PARA ENDOSCOPIA

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_

No. Carnet: \_\_\_\_\_

Plan de Salud: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

## Antecedentes Personales Patológicos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historia de Enfermedad Actual (dolor, sangrado, hematemésis, rectorragia, hematoquezia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Laboratorios y estudios realizados (sonografía, endoscopia). Anexar resultados

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_

E. \_\_\_\_\_

## Tratamiento médico recibido por el paciente, anterior y actualmente (especifica fecha, nombre genérico y dosis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Diagnósticos Clínico y/o endoscópico Previo (Especificar)

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_

Estudio solicitado:

Endoscopia Alta

Colonoscopia

Firma, sello y Exequatur del Médico: \_\_\_\_\_