





**Historia Social:**

**Cuantos hijos tienes:** \_\_\_\_\_ **Edades:** \_\_\_\_\_

**Fumas Tabaco:**  Nunca  Ahora  En el pasado

Cuantos cigarrillos se fuma al día \_\_\_\_\_ Por cuantos años \_\_\_\_\_ Cuando paro de fumar \_\_\_\_\_

**Ha tomado o toma bebidas alcohólicas**  Nunca  Ahora  En el pasado

Cuanto tomas diariamente \_\_\_\_\_ Por cuantos años \_\_\_\_\_ Cuando paro de tomar \_\_\_\_\_

**Drogas Recreativas:**  Nunca  Ahora  En el pasado

Cuantas veces al día \_\_\_\_\_ Por cuantos años \_\_\_\_\_ Cuando paro de usar drogas recreativas \_\_\_\_\_

**Cafeína (Café, Te o Soda):**  Nunca  Ahora  En el pasado

Cuantas tazas de café tomas al día \_\_\_\_\_ Te \_\_\_\_\_ Soda \_\_\_\_\_

**Suplemento dietético:**  Nunca  Ahora  En el pasado

Cuantos paquetes al día \_\_\_\_\_

**Ocupacion:** \_\_\_\_\_

**Ejercicios**  Nunca  Ahora  En el pasado

Cuantas veces \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:**

Cancer del Colon:  Relacion con paciente y a que edad \_\_\_\_\_

Cancer Rectal:  Relacion con paciente y a que edad \_\_\_\_\_

Alguna otra clase de Cancer:  Relacion con paciente y a que edad \_\_\_\_\_

Diabetis:  Que clase de diabetis? \_\_\_\_\_

Alta Presion  Enfermed del Corazon  Enfermed de los rinones

Tendencias a sangrar  Derrame Cerebral  Alcohismo

Dependencias a drogas  Problemas mentales  **Cuales** \_\_\_\_\_

Otras enfermedades  Cuales \_\_\_\_\_

	<b>EDAD?</b>	<b>DE QUE FALLECIERON?</b>
Padre vivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Madre viva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Abuelos vivos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____

## **Historial Colorectal**

### **Sangramiento Rectal?** Si No

- Sangre fresca  Si  No  
Coagulos de sangre  Si  No  
Frecuencia  Diario  Intermitente  
Sangra cuando evacua?:  Si  No  En el bano  En el papel

### **Symptoms:**

- Ardor:  Yes  No  
Prolapso  Yes  No

Tratamiento?  Evaluacion Previa? Por Quien/Donde \_\_\_\_\_

**Historial de Colitis?**  Si  No Fecha \_\_\_\_\_ Tratamiento? \_\_\_\_\_

**Historial de Diverticulitis?**  Si  No Fecha \_\_\_\_\_ Tratamiento? \_\_\_\_\_

**Historial de enfermedades del ano?**  Si  No

### **Has tenido alguna de estas enfermedades?**

Hemorroides  Fistula  Fissure Fecha \_\_\_\_\_ Tratamiento? \_\_\_\_\_

**Cancer Colorectal?**  Si  No Fecha \_\_\_\_\_ Tratamiento? \_\_\_\_\_

Clase:  Colon Derecho  Colon Izquierdo  Rectal  Anal  Otros

**Estrenimiento**  Si  No

Cuantos movimientos del intestino semanalmente? \_\_\_\_\_

- Problemas en la frecuencia al evacuar  Heces Duras/Secas  
 Problemas eliminando las heces  
 Asistencia manual para la evacuación  Evacuaciones Dolorosas

**Incontinencia Fecal**  Si  No

Frecuencia:  Diario  Semanal  Mensual  
 Heces Formadas  Heces Liquidas  Gases

**Previos procedimientos Quirurgico Colorectales**  Si  No

- Diverticulitis  Cancer del Colon  Incontinencia  Problemas Anales  
 Prolapso  Otros? Cuales? \_\_\_\_\_

**Se ha hecho un Colonoscopia?**  Yes  No

Medico: \_\_\_\_\_, MD  
Resultados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Repaso de Sintomas

Cambio de peso:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor que irradia abajo del brazo:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Palpitaciones:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor o presion en el pecho	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hinchazon en las manos o los pies	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Falta de aire	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangramiento en las encias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor o Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas al tragar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangramiento al toser	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Freguencia urinaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Escalofrios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema con erección	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor cuando tiene relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Masas en los cenos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Debilidad en los brazos o las piernas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza frecuente or ceveros	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Paralysis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas con el estomago o ulcera	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Glandulas inflamadas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estrnimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Con que frecuencia _____	Por cuanto tiempo _____	
Diarehea	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Con que frecuencia _____	Por cuanto tiempo _____	
Hemoroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangramiento rectal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor en las cojunturas/gota	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Depression	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Perdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mareos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No