PARK WEST RADIOLOGY

FORMULARIO PARA REVISÍON POR COLONOSCOPÍA VIRTUAL

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: Fecha:

Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad:

Médico de Cabecera: Teléfono:

Razón por el Examen:

¿Anteriormente ha tenido pólipos? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿Ha tenido Cáncer del Colon? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿Su familia tiene antecedentes de Cáncer del Colon? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿A qué edad?

¿Tiene antecedentes de Enfermedad Inflamatoria del Intestino? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿Tiene antecedentes de Enfermedad de Crohn? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿Tiene antecedentes de Colitis Ulcerosa? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿Tiene antecedentes de Resección del Intestino? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

¿Tiene antecedentes de Cirugía del Intestino? ☐Sí ☐No Si sí, explique:

Technologist comments:

Radiologist:

Technologists initials:

SCREENED BY: SCREENED WITH:

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente Fecha: / /