



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica:**  
**Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
 FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____	Nombre del médico: _____
Nombre: _____	Dirección del médico: _____
Fecha de nacimiento : _____	Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.  
 Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Tratada  No Tratada

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

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
<b>Localización</b>				
- íleon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- colon únicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- ileocólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- > de 2 segmentos del intestino delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- afectación difusa del intestino delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- rectocólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Remisión</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
			Número de brotes _____	último _____
<b>Tratamiento médico :</b>				
- Salazopirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
- 5-ASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
- corticoterapia permanente a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	posología _____	desde _____
			<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
- inmunosupresor permanente a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
			<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
- nutrición parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duración _____	
- otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
- interferón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Tratamiento quirúrgico*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
			_____	_____
			_____	_____



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica:**  
**Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerosa**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
<b>Complicaciones :</b>				
- fístula (entero-vesical, colovesical, colovaginal o colorectal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿persistente después de cirugía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____
- megacolon tóxico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- anemia megaloblástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	valores de hemoglobina _____	_____
- malabsorción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kg	_____
- colangitis esclerosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- artropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
- otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
<b>Exámenes realizados en los últimos 6 meses</b>				
- tránsito intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- enema opaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- endoscopia (colonoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- determinación de la velocidad de sedimentación (V.S.G.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
			resultado _____	_____

**\* IMPORTANTE: se ruega proporcionar cualquier examen anormal realizado así como informe sobre intervención quirúrgica con resultado histológico.**

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: