



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)
Localización					
- íleon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- colon únicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- ileocólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- > de 2 segmentos del intestino delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- afectación difusa del intestino delgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- rectocólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Remisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
				Número de brotes _____	último _____
Tratamiento médico :					
- Salazopirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
- 5-ASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
- corticoterapia permanente a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	posología _____	desde _____
				<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
- inmunosupresor permanente a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
				<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
- nutrición parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duración _____	
- otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
- interferón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tratamiento quirúrgico*	<input type="checkbox"/>	<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)
Complicaciones :				
- 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? _____	_____
Exámenes realizados en los últimos 6 meses				
- 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: