



Solicitud de colonoscopia y formulario de ingreso

Complete todas las secciones; escriba "ninguno" o "N/A" cuando corresponda.

Adjunte tarjetas del seguro, lista actual de medicamentos e informes de colonoscopias o pruebas pertinentes.

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Dirección _____ Ciudad / estado / código postal _____

Teléfono _____ Correo _____ Idioma preferido _____

Contacto de emergencia/parentesco _____

Teléfono _____

Motivo de la colonoscopia y referencia

Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Detección preventiva
- ☐ Antecedentes de pólipos/cáncer
- ☐ Antecedentes familiares de cáncer colorrectal
- ☐ Prueba de heces positiva
- ☐ Sangrado rectal
- ☐ Anemia
- ☐ Cambio en los hábitos intestinales
- ☐ Otro _____

Síntomas/duración o detalles _____

Última colonoscopia: fecha/lugar _____ Hallazgos _____

Antecedentes familiares: familiar/diagnóstico/edad al diagnóstico _____

Fuente de referencia / profesional _____ Teléfono / fax _____

Antecedentes médicos y equipo de atención

Problemas médicos/cirugías previas (o adjunte lista) _____

Marque si corresponde:

- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Enfermedad pulmonar/oxígeno en casa

- ☐ Apnea del sueño/CPAP
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Marcapasos/desfibrilador
- ☐ Trastorno hemorrágico

Problemas previos con anestesia _____ ¿Posible embarazo? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Médico de atención primaria: nombre/teléfono _____

Cardiólogo: nombre/teléfono _____

Neumólogo/otro especialista: nombre/especialidad/teléfono _____

Medicamentos y alergias

Indique medicamentos y dosis, incluidos suplementos, o adjunte lista: ☐ Lista adjunta ☐ Ninguno

Toma: ☐ Anticoagulantes/aspirina ☐ Insulina/medicamentos para diabetes ☐ GLP-1 (p. ej., Ozempic)

Alergias y reacciones (incluidos medicamentos/látex) _____

Seguro y programación

Seguro primario _____ N.º de afiliado _____ Grupo _____

Titular: nombre / fecha de nacimiento / parentesco _____

Seguro secundario/n.º de afiliado _____

Días preferidos _____ ¿Hay un adulto que pueda llevarle a casa? ☐ Sí ☐ No

Completado por/parentesco _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE Insurance verified ☐ Authorization ☐ Required ☐ Not required

Medical clearance ☐ Required ☐ Not required Reviewer _____ Confirmed date _____