

# MI FICHA DE DATOS MÉDICOS

## ¿QUÉ NECESITO SABER SOBRE MÍ MISMO Y SOBRE MI SALUD?

**¡Si no lo sé, le preguntaré a mi médico y lo averiguaré! ¡EL SABER ES PODER!  
Mantendré esta información siempre a la mano y me aseguraré de actualizarla cada año.**

### Diagnóstico: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL - ¿Cuáles de las siguientes afecciones tiene?

- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- Colitis indeterminada

### ¿Cómo me diagnosticaron?

- ¿Con una endoscopia - superior (EGD)  ¿Con una endoscopia baja (colonoscopia)?  ¿Con ambos procedimientos?
- Fecha y lugar del procedimiento (*nombre del hospital*): \_\_\_\_\_
- ¿Se tomaron biopsias? \_\_\_\_\_  ¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_
- ¿Tengo copia de los resultados? \_\_\_\_\_

### ¿Quién es mi médico?

Haga una lista de todos sus médicos - su médico de cabecera, su gastroenterólogo y/o su equipo médico.

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Direcciones: \_\_\_\_\_
- Número de teléfono / número de fax: \_\_\_\_\_
- dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ¿Qué otras condiciones médicas tengo?

- Nombre de la condición: \_\_\_\_\_
- Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

### ¿Tengo todas mis vacunas?

- Sí
- No - ¿cuáles no he recibido y por qué (*debido a una reacción o por preferencia*)? \_\_\_\_\_

## ¿Cuáles medicamentos y tratamientos estoy tomando?

Medicamentos COMUNES para la EII

- Mesalamina, esteroides (prednisona, budesonida)
- 6-MP, Imuran, metotrexato
- Remicade, Humira/Cimzia/Simponi
- Vedolizumab/Tysabri
- Stelara, Xeljanz
- Nutrición enteral, otra terapia alimenticia

Nombre del medicamento o tratamiento: \_\_\_\_\_

Dosis y con qué frecuencia lo tomo: \_\_\_\_\_

Si es una infusión, ¿cuándo fue la última infusión y la dosis? \_\_\_\_\_

¿Creo yo que el medicamento está funcionando para controlar mi enfermedad? \_\_\_\_\_

## Farmacia

Nombre: \_\_\_\_\_

Direcciones: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  Número de fax: \_\_\_\_\_

## ¿A cuáles medicamentos soy alérgico(a)?

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Describa la reacción: \_\_\_\_\_

## ¿Cuáles medicamentos he probado para mi EII que NO me han funcionado?

Nombre y dosis (si cuenta con esta información): \_\_\_\_\_

En qué fecha y bajo qué circunstancias los probé: \_\_\_\_\_

¿Por qué dejé de tomarlos? \_\_\_\_\_

## ¿Qué problemas he tenido referente a mi enfermedad?

Estenosis intestinal

Problemas articulares

Cálculos renales

Fístulas

Erupciones/problemas con  
úlceras en la piel o boca

Otros problemas

Abscesos

Enfermedad del hígado

Problemas de los ojos

Pancreatitis

Problemas de los huesos

### ¿Cuántas veces he estado hospitalizado(a)?

Fechas de la(s) hospitalización(es): \_\_\_\_\_

Razones de la(s) hospitalización(es): \_\_\_\_\_

Lugar de la(s) hospitalización(es): \_\_\_\_\_

### ¿Me han hecho algún procedimiento quirúrgico?

Fechas de las operaciones: \_\_\_\_\_

Razones de las operaciones: ¿Qué parte del intestino me quitaron? \_\_\_\_\_

¿En qué hospital me operaron? ¿Quién fue el cirujano? \_\_\_\_\_

### ¿He recibido transfusiones de sangre?

Fecha de la transfusión de sangre: \_\_\_\_\_

¿Cuáles productos sanguíneos recibí (sangre, plaquetas, plasma)? \_\_\_\_\_

### Pruebas importantes de monitoreo

Proporcione las fechas y los resultados de cada una de las siguientes pruebas, necesita anotar las pruebas MÁS RECIENTES:

Endoscopias: \_\_\_\_\_

Radiología (IRM, tomografía computarizada, ultrasonido, rayos X): \_\_\_\_\_

Pruebas de densidad ósea (DEXA): \_\_\_\_\_

Nivel de vitamina D: \_\_\_\_\_

Evaluaciones de oftalmología, dermatología (controles de cáncer de piel): \_\_\_\_\_

Pruebas en la piel para la detección de la TB (tuberculosis) o pruebas de sangre Quantiferon: \_\_\_\_\_

Nivel de tiopurina metiltransferasa (TPMT) y metabolitos si se usa azatioprina o 6-MP: \_\_\_\_\_

Nivel de medicación biológica (como Remicade o Humira), si se la revisaron: \_\_\_\_\_

**➔ Localice a un gastroenterólogo pediátrico**

**RECORDATORIO IMPORTANTE:** Esta información de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) está destinada únicamente a proporcionar información general educativa y no como una base definitiva para el diagnóstico o tratamiento en cualquier caso particular. Es muy importante que consulte a su médico acerca de su condición específica.

714 N Bethlehem Pike, Suite 300, Ambler, PA 19002 **Phone:** 215-641-9800 **Fax:** 215-641-1995 **naspghan.org**

Visítenos en **Facebook** en <https://www.facebook.com/NASPGHAN/>, siganos en

**Twitter** @NASPGHAN e **Instagram** #NASPGHAN

