

## Comprobación de síntomas

Fecha de generación: 17/05/2018

### Datos del paciente:

**Nombre:**

**Apellido:**

**Email:**

**Edad:** años

**Sexo:**

**Provincia:**

**Tipo de cobertura:**

### Comprobador de síntomas:

**1) Diarrea:**

En ocasiones, incontinencias

**2) Sangrado y/o moco en materia fecal:**

Sangrado en material fecal con coágulos, acompañado o no de moco

**3) Frecuencia evacuatoria de materia fecal por día (respecto a lo habitual):**

Más de 6 veces por día

**4) Lesiones en la zona del ano (no relacionadas con hemorroides):**

Posee lesiones en la zona del ano, no relacionadas con hemorroides

**5) Dolor abdominal:**

Dolor abdominal ocasional sin causa evidente

**6) Pérdida de peso (sin causa evidente):**

En el último año, perdió más de 5 Kg.

**7) Casos pediátricos ¿nota que su hijo/a presenta falla en su crecimiento?:**

No sabe / no contesta

**8) Casos pediátricos ¿su hijo/a presenta retraso en el desarrollo puberal?:**

No sabe / no contesta

**9) ¿Posee diagnóstico previo?:**

No posee diagnóstico previo

**10) ¿Algún familiar suyo posee alguna estas enfermedades? (padre, madre, hermanos o hijo):**

No posee familiar con estas enfermedades