

## Comprobación de síntomas

Fecha de generación: 09/12/2018

### Datos del paciente:

**Nombre:** Carolina

**Apellido:** Reising

**Email:** carolinareising@gmail.com

**Edad:** 40 años

**Sexo:** Femenino

**Provincia:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Tipo de cobertura:** Obra Social

**Obra Social o prepaga:** UNION PERSONAL CLASSIC/FAM AREA MET.(SIFAR)

### Comprobador de síntomas:

**1) Diarrea:**

Persistente (más de 4 semanas de duración)

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

No posee sangrado en materia fecal

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

De 4 a 5 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 a diario después de las comidas

**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?:**

Enfermedad celíaca

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

No posee familiar con estas enfermedades