

## Comprobación de síntomas

Fecha de generación: 23/07/2019

### Datos del paciente:

**Nombre:** Lo

**Apellido:** Del

**Email:** copaa13@gmail.com

**Edad:** 21 años

**Sexo:** Femenino

**Provincia:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Tipo de cobertura:** Obra Social

**Obra Social o prepaga:** ACA (CAF)

### Comprobador de síntomas:

**Diarrea:**

No posee diarrea

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

No posee sangrado en materia fecal

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

De 1 a 3 veces por día

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

No posee lesiones en la zona del ano, no relacionadas con hemorroides

**Dolor abdominal:**

Dolor abdominal a diario sin causa evidente

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

En el último año, perdió más de 5 Kg.

**¿Posee diagnóstico previo?:**

No posee diagnóstico previo

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

No posee familiar con estas enfermedades