# Hábitos intestinales y alimenticios

# (Marque con un círculo)

1. Sufre de estreñimiento? **Y / N**
2. Sufre de diarrea? **Y / N**
3. Tiene que esforzarse al defecar? **Y / N**
4. Alguna vez siente que "todavía no lo ha hecho" despues de una evacuaci**ó**n intestinal? **Y / N**
5. Tiempo empleado en el inodoro durante la evacuaci**ó**n intestinal? ­­­\_\_\_\_\_\_\_ minutos
6. Tiene algún tejido que siempre asoma de su recto durante la defecaci**ó**n? **Y / N**
	1. Si es asi, el tejido **vuelve por su mismo** o tiene que **empujarlo hacia adentro**?
7. Está tomando algún suplemento de fibra? **Y / N**
	1. Si es asi, cual es su nombre? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. De promedio, bebe usted el equivalente a 6-8 vasos de agua al dia? **Y / N**

**Sintomas (en area rectal)**

*(Marque todo lo que proceda)*

 Sangrado Picor Quemaz**ó**n

 Presi**ó**n Dolor Perdidas o Suciedad

**Cuestiones adicionales**

(Marque con un círculo)

1. Es usted alergico al latex? **Y / N**
2. Está usted embarazada? **Y / N**
3. Está tomando algún medicamento para la disfunci**ón** erectil o algun nitrato para el dolor de pecho? **Y / N**
4. Está uste tomando algún medicamento anticoagulante? (Coumadin, Plavix)? **Y / N**
5. Le han diagnosticado alguna vez la enfermedad de Crohn’s, Proctitis, Hipertensi**ó**n portal o cancer anal/rectal? **Y / N**
6. Está tomando medicamentos inmunosupresores o sometiendose a algún tratamiento de radiaci**ó**n? **Y / N**

**Comentarios adicionales?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_