

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo como aparece en identificación oficial\*

Fecha de nacimiento ( DD/MM/AAAA)\*

Diagnóstico clínico\*

Masculino\*  Femenino\*

Hispano  Asiático  Caucásico  Judío Askenazí  Negro/Africano  Nativo Americano Otro \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO O HISTOPATOLÓGICO

SÍNTOMAS:

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Distensión abdominal | <input type="radio"/> Pérdida de peso | <input type="radio"/> Dolor de cabeza o migrañas            |
| <input type="radio"/> Dolor abdominal      | <input type="radio"/> Fatiga          | <input type="radio"/> Adormecimiento de extremidades        |
| <input type="radio"/> Diarrea crónica      | <input type="radio"/> Estreñimiento   | <input type="radio"/> Heces pálidas, malolientes o grasosas |

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mencione parentezco, patología y edad a la que fue diagnosticado.

RESULTADOS DE PRUEBAS SEROLÓGICAS

Anticuerpo antiendomiso \_\_\_\_\_  Anticuerpo antitransglutaminasa \_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico o nutriólogo solicitante

Correo electrónico y/o número telefónico

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo como aparece en identificación oficial\*

Fecha de nacimiento ( DD/MM/AAAA)\*

Diagnóstico clínico\*

Masculino\*  Femenino\*

Hispano  Asiático  Caucásico  Judío Askenazí  Negro/Africano  Nativo Americano Otro \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO O HISTOPATOLÓGICO

SÍNTOMAS:

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Distensión abdominal | <input type="radio"/> Pérdida de peso | <input type="radio"/> Dolor de cabeza o migrañas            |
| <input type="radio"/> Dolor abdominal      | <input type="radio"/> Fatiga          | <input type="radio"/> Adormecimiento de extremidades        |
| <input type="radio"/> Diarrea crónica      | <input type="radio"/> Estreñimiento   | <input type="radio"/> Heces pálidas, malolientes o grasosas |

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mencione parentezco, patología y edad a la que fue diagnosticado.

RESULTADOS DE PRUEBAS SEROLÓGICAS

Anticuerpo antiendomiso \_\_\_\_\_  Anticuerpo antitransglutaminasa \_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico o nutriólogo solicitante

Correo electrónico y/o número telefónico

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_