

# Cuestionario Disbiosis Intestinal

Doc 19.123 V.4



ESTUDIOS ANALÍTICOS  
APLICADOS a la CLÍNICA S.L.



Avda. del Nuevo Mundo nº 11  
Boadilla del Monte, Madrid 28660  
Tel 916334223

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha Nac:**     /     /

## Motivo de la PRUEBA (DETALLAR)

¿Padece alguna enfermedad intestinal?	NO	SI:					
¿Padece de estrés, depresión?	NO	Estrés	Depresión	Ansiedad			
¿Presenta migrañas?	NO	SI					
¿Tiene dolor o hinchazón abdominal?	NO	Dolor	Hinchazón				
¿Tiene problemas de digestión?	NO	Mala Digestión	Acidez	Reflujo			
¿Presenta gases?	NO	SI					
¿Qué tipo de consistencia presenta?		Estreñimiento	Diarrea				
¿Presenta alguna sensibilidad alimentaria?	NO	Sensibilidad	Intolerancia	Alergia			
¿Presenta picor anal y/o gusanos en heces?	NO	SI					
¿Es fumador?	NO	SI:					
¿Que tipo de tratamiento intestinal utiliza?	NO	[ ] Antibióticos (ATB)	[ ] Probióticos (Lactobacillus, Bifidobacterium...)	[ ] Prebióticos (inulina, FOS...)			
¿Cuántas comidas toma al día?	1	2	3	4	5	6	
¿Cuánta vasos de agua toma al día?	1	2	3	4	5	6	+

## Alimentos

## Frecuencia consumo por SEMANA

Alimento	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Fruta	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Carne	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Huevos	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Pescado	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Pasta, arroz y patatas	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Pan y cereales	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Verduras y hortalizas	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Legumbres	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Embutidos y fiambres	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Alcohol	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Cafeína o Teína	Nunca	1-2	3 o +	A diario
Productos azucarados (refrescos, bollería)	Nunca	1-2	3 o +	A diario