

FECHA DEL ESTUDIO

NOMBRE DEL PACIENTE

PERFILES GENÉTICOS SOLICITADOS

- **NutriGen** Perfil nutrigenético (alimentación). Análisis de 21 polimorfismos en 14 genes
Código **NUTRIG**.....
- **NutriSport** Perfil genético nutricional y deportivo. Análisis de 42 polimorfismos en 26 genes
Código **NUTRIS**.....
- **DermaGe** Perfil genético dermatológico (piel). Análisis de 8 polimorfismos en 7 genes
Código **DERMAG**.....
- **FarmacoGen** Perfil farmacogenético básico (medicamentos). Análisis de 4 genes y 13 polimorfismos del ADN
Código **FARMAG**.....
- **FarmacoPlus** Perfil farmacogenético avanzado (medicamentos). Análisis de 15 genes y 92 polimorfismos del ADN
Código **FARMAP**.....
- **CardioGen** Perfil genético Cardiovascular. Análisis de 26 genes y 33 polimorfismos del ADN
Código **CARDIOG**.....
- **WeightGen** Perfil genético para control de peso/obesidad. Análisis de 11 genes y 13 polimorfismos del ADN
Código **WEIGHTGEN**.....
- **QualityGen** Perfil genético AntiAging Básico. Análisis de 36 genes y 50 polimorfismos del ADN
Código **QUALITYGEN**.....
- **AgingGen** Perfil genético AntiAging Avanzado Análisis de 47 genes y 66 polimorfismos del ADN
Código **AGINGEN**.....
- **Otros** Especificar.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha informado de que, para el análisis de los polimorfismos genéticos en Medicina Preventiva que he solicitado, es necesario obtener una muestra biológica y proceder a la obtención y al análisis de mi material genético (ADN). También se me ha explicado que todo el procedimiento genético que va a seguir mi muestra biológica se hará siguiendo todas las medidas de seguridad necesarias, y con la más estricta confidencialidad. He sido informado y estoy de acuerdo en el estudio genético que solicito, y la decisión de realizarlo es completamente voluntaria.

Firma:

Paciente

Fecha

A COMPLETAR POR EL MÉDICO O PACIENTE	A COMPLETAR POR EL PACIENTE	A COMPLETAR POR EL LABORATORIO

DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL PACIENTE

EDAD

SEXO DEL PACIENTE

EDAD (< 35 AÑOS)

ESTATURA

PESO

SOBREPESO (BMI>25)?

BAJA BMI (ÍNDICE DE MASA CORPORAL, < 18)?

DATOS DEL PACIENTE RAZA

CAUCÁSICO?

BLANCO?

ALEMÁN?

ITALIANO?

ESPAÑOL?

AMERICANO?

AUSTRALIANO?

ASIÁTICO?

CHINO?

JAPONÉS?

INDIO?

AFRICANO?

DATOS DEL PACIENTE -SOLO MUJERES-

	SI	NO
MUJER EN EDAD REPRODUCTORA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUJER EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRE-MENOPAUSIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POST-MENOPAUSIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HRT (TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO) NECESARIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMA ANTICONCEPTIVOS ORALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUVO ABORTOS ESPONTÁNEOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL PACIENTE -ESTILO DE VIDA-

	SI	NO
FUMADOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUMADOR PASIVO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE EXPONE A LOS RAYOS UV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL (CADA DÍA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL FUERTE? (> 5 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR CERVEZA ? (> 5 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR (>2 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAJA ACTIVIDAD FÍSICA (< 2 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABAJA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIAJA CON FRECUENCIA POR MOTIVOS DE TRABAJO ? (>2 VECES POR MES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTADES DE SUEÑO (INSOMNIO DE NOCHE, DIFICULTAD PARA IR A DORMIR, OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENERALMENTE, LA COMIDA PRINCIPAL DEL DIA, ES LA DE LA NOCHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PICA ENTRE COMIDAS MÁS DE 1 VEZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXISTENCIA DE ENFERMEDADES (PRECISAR)		
.....		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INGESTA REGULAR DE PAN BLANCO (> 5 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INGESTA REGULAR DE PAN NEGRO O CON MULTI-CEREALES (> 5 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COME PAN DURANTE LA CENA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGUE UNA DIETA EXENTA DE GLUTEN (SIN PAN, PASTA, PASTELES, ETC...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE CARNE (> 2 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE CARNE ROJA (> 3 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE CARNE BLANCA (> 3 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE PESCADO (> 2 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE CARNE O PESCADO A LA PLANCHA O A LA BRASA (> 3 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE PRODUCTOS AHUMADOS (CARNE, JAMÓN, PESCADO, ETC... (> 2 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES VEGETARIANO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INGESTA REGULAR DE FRUTA Y VERDURA (HASTA 5 PIEZAS POR DÍA) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE ACEITE DE OLIVA (DIARIAMENTE APROX. 2 C. DE SOPA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE TOMATE (> 4 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE DIFERENTES TIPO DE NUECES Y ALMENDRAS (> 3 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE PATATAS (PURÉ, PATATAS FRITAS, CHIPS) > 4 VECES POR SEMANA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE QUINOA (> 2 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE ARROZ (APROX. 2 VECES POR SEMANA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE PRODUCTOS LÁCTEOS DE VACA (> 5 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE MANTEQUILLA (> 5 VECES POR SEMANA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INGESTA DE PRODUCTOS LÁCTEOS NO VACUNOS (CABRA, OVEJA, OTROS...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SÓLO MUJERES: CONSUMO REGULAR DE PRODUCTOS DE SOJA (YOGURES, TOFU) > 3 VECES POR SEMANA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE PASTAS Y PIZZAS (> 3 VECES POR SEMANA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE COMIDA RÁPIDA (HAMBURGUESAS, CHIPS, BOCADILLOS) > 2 VECES POR SEMANA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INGESTA REGULAR DE AZÚCAR (CONSUME AZÚCAR EN EL TÉ O EN EL CAFÉ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DE PRODUCTOS AZUCARADOS (CARAMELOS, TORTAS, TARTAS, HELADOS) – ENTRE 5 Y 3 VECES POR SEMANA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO REGULAR DE PRODUCTOS AZUCARADOS (CARAMELOS, TORTAS, TARTAS, HELADOS) > 5 VECES POR SEMANA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO REGULAR DE COMIDA PROCESADA, (COMO ALIMENTADOS ENLATADOS, PRE-COCINADOS, CARNES PROCESADAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

> 2 VECES POR SEMANA.

INGESTA REGULAR DE ZUMOS RECIÉN EXPRESADOS (> 3 VECES POR SEMANA).

CONSUMO DE ZUMO DE POMELO JUNTO CON MEDICAMENTOS?

INGESTA SUPLEMENTARIA DE SAL (AÑADE SAL A LA COMIDA)?

SUPLEMENTO MICRO-NUTRICIONAL (INGESTA DE VITAMINAS, ANTIOXIDANTES)?

Si ya sigue una dieta, ha conseguido con éxito los resultados establecidos?

En Caso de haber seguido una dieta, ha recuperado posteriormente el peso perdido?

DATOS DEL PACIENTE –ENFERMEDADES–

	SI	NO
Colitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Intestino irritable (IBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (Enfermedades coronaria arterial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (ya diagnosticado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHD (Enfermedad cardiovascular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas de síndrome metabólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún Infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente con riesgo cardiovascular (debido al estilo de vida de las enfermedades presentadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente con cáncer de mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paciente con Enfermedad crónica (Cáncer, Cardiovascular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente con Enfermedad vascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente con neoplasias gastrointestinales carcinomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poli artritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente post-trasplantado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sólo mujeres: Endometriosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones recurrentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunción renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de Diabetes Tipo 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosis arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosis venosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de diabetes tipo I o tipo II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome Yho-yho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de cualquier enfermedad crónica, no indicada en el cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL PACIENTE –MEDICACIÓN–

	SI	NO
Ingesta de vitaminas/micro-nutrición ó suplemento nutricional:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fármacos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fluvastatina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente tomando medicamentos anti-convulsivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibidor ACE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamientos Estrógenos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido reacción adversa a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún tratamiento a largo plazo (ej: para hipertensión, ó epilepsia, otros...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL PACIENTE –BIOQUÍMICA-

	SI	NO
Hiperhomocisteinemia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertrigliceridemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de Colesterol (total)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de LDL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de ácido úrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de triglicéridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de PSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DE ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Familiar directo con caso de Alzheimer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedente familiar con cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con alguna caso de infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con algún riesgo cardiovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con Enfermedades crónicas (Cáncer, Cardiovascular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiar directo con Enfermedades vasculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad en la Familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DE SALUD DÉRMICA

	SI	NO
Piel seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel grasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piel con alta reactividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de alguna enfermedad de la piel (eczema, psoriasis, otros...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está satisfecho con sus cremas corrientes de uso cotidiano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuente exposición al sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza regularmente cremas de protección solar en caso de exposición al sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza la mesoterapia con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma regularmente vitaminas ó antioxidantes para la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza la medicina cosmética (inyecciones de colágeno, ácido hialurónico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza instrumentos para el cuidado de la piel (láser, radiofrecuencia, thermage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza Peelings regularmente para el cuidado de la piel?		
Utiliza regularmente procesos caseros para el cuidado de la piel (mascarillas, cremas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>