

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 (CAMELOS, TORTAS, TARTAS, HELADOS) – ENTRE 5 Y 3 VECES POR SEMANA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO REGULAR DE PRODUCTOS AZUCARADOS (CAMELOS, 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?		
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"/>