

Este cuestionario es un **enfoque innovador de Laboratorios NUTERGIA** que le permite obtener su perfil bionutricional. Permite una visión global de sus trastornos relacionados con excesos o carencias en micronutrientes: vitaminas, oligoelementos, ácidos grasos, antioxidantes etc...

Se compone de **81 preguntas** sobre sus hábitos alimentarios, su modo de vida, su entorno, así como los trastornos y signos de disfunción.

Su profesional de la salud interpretará los resultados y podrá sugerir unas recomendaciones bionutricionales específicas así como consejos alimentarios y de estilo de vida.

La ventajas de la herramienta:

Rápida, personalizada, confidencial y realizada por profesionales de la salud.



Un cuestionario completo y detallado, que se traduce mediante un histograma que nos muestra las repercusiones de nuestros trastornos en cada terreno.



Completar en MAYÚSCULAS

Fecha* : Sexo* : ☐ Femenino ☐ Masculino

Nombre* : Apellido* :

Dirección:

Código postal : Ciudad* : País* :

E-mail* : Teléfono:

Fecha de nacimiento* : Altura (m)* : Peso (kg)* :
(indispensables para calcular el Índice de Masa Corporal)

Observaciones específicas :

.....

.....

.....

.....

Nombre y/o Sello del Centro

E-mail:

Si su respuesta es **SÍ**, marque la casilla. Cuando se citan varios trastornos, la presencia de uno es suficiente para responder afirmativamente.

SUS HÁBITOS ALIMENTICIOS

1	☐ ¿Come carne y embutidos (incluyendo jamón) más de 5 veces a la semana?
2	☐ ¿Consume más de 2 veces por semana comidas procesadas: alimentos congelados, enlatados o preparados?
3	☐ ¿Consume todos los días al menos 2 productos lácteos de vaca o sus derivados (yogur, bechamel, quesos, postres)?
4	☐ ¿Consume pescado azul (salmón, atún, caballa, sardinas, anchoas...) fresco o en conserva al menos 2 veces a la semana?
5	☐ ¿Utiliza cotidianamente aceite de oliva virgen de primera presión en frío y orgánico?
6	☐ ¿Utiliza cotidianamente otros aceites de primera presión en frío vírgenes y orgánicos (colza, nuez, girasol, lino...)?
7	☐ ¿Come más de 3 veces a la semana pasteles, cruasanes, tartas, quiches etc...?
8	☐ ¿Come en promedio más de 3 veces por semana en locales de comida rápida, bares o restaurantes?
9	☐ ¿Consume más de 2 dulces por día: galletas, pasteles, barras de cereales, confitería, chocolates, refrescos, zumo de fruta, jarabe, miel (más de 2 cucharadas) o azúcar (más de 10 g = 2 sobrecitos o terrones)?
10	☐ ¿Come todos los días frutas de temporada y verduras crudas?
11	☐ ¿Come todos los días al menos una porción de verduras de temporada cocidas al vapor?
12	☐ ¿Suele comer productos orgánicos o de su propia huerta (sin tratar)?
13	☐ ¿Suele realizar una comida más copiosa (más calorías) por la noche que al mediodía?
14	☐ ¿Come regularmente a la misma hora, tranquilo/a y sin televisión?
15	☐ ¿Omite una de las 3 comidas principales más de una vez a la semana (desayuno, almuerzo, cena)?
16	☐ ¿Realiza una dieta baja en calorías, con restricción de alimentos?
17	☐ ¿Bebe más de medio litro de agua por día entre comidas?

USTED Y SU ENTORNO

18	☐ ¿Tiene piel seca (incluyendo eczema, sabañones, grietas), áspera o propensa al acné?
19	☐ ¿Padece regularmente trastornos de oído, nariz y garganta (resfriados, sinusitis, otitis) o alergias diversas (respiratorias o alimentarias)?
20	☐ ¿Sufre una pérdida significativa de cabello, o lo tiene desvitalizado?
21	☐ ¿Fuma más de 5 cigarrillos al día o bebe más de una copa de bebida alcohólica fuerte o más de 2 vasos de vino al día?
22	☐ ¿Posee más de 3 amalgamas (empastes dentales que no sean de resina) o coronas de metal en la boca?
23	☐ ¿Vive en un entorno urbano contaminado o está en contacto diario con productos químicos (por ejemplo, es pintor, peluquero, lavandero)?
24	☐ ¿Tiene colesterol alto, triglicéridos, ácido úrico o cálculos?
25	☐ ¿Se queda sin aliento con facilidad al subir escaleras o se halla bajo tratamiento para la hipertensión o trastornos cardiovasculares?

SU DIGESTIÓN

26	☐ ¿Tiene problemas de tránsito intestinal (diarrea, estreñimiento)?
27	☐ Después de una comida copiosa, ¿tiene dolores de cabeza?
28	☐ ¿Suele tener la lengua blanca, la boca pastosa o mal aliento?
29	☐ ¿Tiene una digestión lenta, difícil, o abdomen hinchado?

SUS PRINCIPALES PROBLEMAS

- 30 ☐ ¿Se queja de dolor muscular crónico o sufre de descalcificación (osteoporosis)?
- 31 ☐ ¿Tiene las encías sensibles, inflamadas o con tendencia al sangrado?
- 32 ☐ ¿Es friolero/a o cada vez se siente más sensible al frío?
- 33 ☐ ¿Siente con frecuencia ganas de consumir dulces (varias veces al día)?
- 34 ☐ Si se salta o atrasa una comida, ¿se siente irritable o cansado/a?
- 35 ☐ Antes de las comidas, siente una disminución de la atención, de la concentración, o tiene ansiedad?
- 36 ☐ ¿Sufre regularmente mareos, náuseas o dolores de cabeza?
- 37 ☐ ¿Se siente estresado/a en su vida cotidiana o sobrecargado/a por problemas personales o profesionales?
- 38 ☐ ¿Se encuentra actualmente muy nervioso/a, con ansiedad o cansado/a desde el punto de vista psicológico?
- 39 ☐ ¿Tiene el estado de ánimo deprimido, siente una pérdida de interés o placer en lo que le gustaba hacer antes?
- 40 ☐ ¿Experimenta falta de sueño (dificultad para conciliar el sueño, sueño no reparador, despertares nocturnos)?
- 41 ☐ ¿Sufre regularmente de dolor de espalda?
- 42 ☐ Tiene manchas en la piel, arrugas profundas y/o una disminución de la elasticidad de la piel que le parece prematura para su edad?
- 43 ☐ Durante el último año su vista ha empeorado o está sufriendo de fatiga o enfermedad de los ojos (cataratas, degeneración macular asociada a la edad)?
- 44 ☐ ¿Padece de disminución de la movilidad articular o dolor mecánico relacionado con la osteoartritis?
- 45 ☐ ¿Siente envejecer prematuramente?

SÓLO PARA MUJERES

- 46 ☐ ¿Tiene tendencia a sufrir trastornos premenstruales (retención de agua, aumento de peso, dolores de cabeza, dolores de pecho, irritabilidad...)?
- 47 ☐ ¿Utiliza algún método anticonceptivo hormonal (píldoras, dispositivos intrauterinos, implantes subcutáneos)?
- 48 ☐ ¿Tiene períodos irregulares o dificultad para quedarse embarazada?
- 49 ☐ ¿Tiene problemas relacionados con la pre-menopausia o la menopausia (sofocos, aumento de peso ...)?
- 50 ☐ ¿Es propensa a la secreción vaginal, ardor, picor o infecciones genitales?

SÓLO PARA HOMBRES

- 51 ☐ ¿Ha notado desde hace algún tiempo la necesidad de orinar con más frecuencia?

SÓLO PARA NIÑOS

- 52 ☐ ¿Es inquieto, hiperactivo o tiene tendencia al estrés?
- 53 ☐ ¿Se encuentra en un período de crecimiento intenso?

OTROS TRASTORNOS

- 54 ☐ ¿Sufre con frecuencia de asma o de trastornos de la piel tales como eczema, psoriasis o dermatitis atópica?
- 55 ☐ ¿Tiene manchas blancas en las uñas o las uñas frágiles y quebradizas?
- 56 ☐ ¿Experimenta algún malestar de la piel: hormigueo, tirantez, picor, estrías?

OTROS TRASTORNOS (SIGUIENTE)

- 57 ☐ ¿Está expuesto/a a diario a algún tipo de contaminación electromagnética (pantallas, wifi, teléfono móvil, línea eléctrica, microondas ...)?
- 58 ☐ ¿Su actividad física o caminatas a paso ligero son escasas o nulas (menos de una hora y media por semana)?
- 59 ☐ ¿Tiene una cantidad considerable de grasa localizada en el abdomen?
- 60 ☐ ¿Tiene sudores nocturnos o suda mucho durante el día?
- 61 ☐ ¿Sufre con frecuencia de dolor intestinal (colitis), abdomen hinchado y flatulencias?
- 62 ☐ ¿Suele despertarse durante la madrugada, entre la 1 y las 3 de la mañana?
- 63 ☐ ¿Ha seguido un tratamiento antibiótico prolongado (más de un mes) o repetido en los últimos 6 meses?
- 64 ☐ ¿Sufre regularmente de prurito anal o genital?
- 65 ☐ ¿Suele tener caries, gingivitis, deterioro o pérdida de dientes o úlceras bucales?
- 66 ☐ ¿Suele padecer de calambres, agujetas o tendinitis?
- 67 ☐ ¿Siente ardor al orinar o sufre de infecciones recurrentes del tracto urinario?
- 68 ☐ ¿Tiene el cabello y/o la piel apagados o faltos de vida?
- 69 ☐ ¿Siente somnolencia o molestias después de las comidas?
- 70 ☐ ¿Tiene signos de hiperventilación o tetania?
- 71 ☐ ¿Suele sentir necesidad de estimulantes como el café, té, alcohol, tabaco o bebidas energéticas?
- 72 ☐ ¿Experimenta regularmente «antojos» antes de las comidas?
- 73 ☐ ¿Tiene problemas de memoria o dificultad para concentrarse?
- 74 ☐ ¿Suele sentir pérdida de energía o agotamiento nervioso?
- 75 ☐ ¿Experimenta una sensación de inutilidad o de falta de confianza?
- 76 ☐ ¿Ha vivido una situación estresante y/o que no es capaz de superar psicológicamente?
- 77 ☐ ¿Recuerda más fácilmente los acontecimientos antiguos que los recientes?
- 78 ☐ ¿Experimenta problemas de equilibrio, mareos, zumbido en los oídos u oye peor que antes?
- 79 ☐ ¿Sigue un tratamiento farmacológico de larga duración (que no sea homeopatía ni nutriterapia)?
- 80 ☐ ¿Tiene la costumbre de exponerse al sol en exceso, o ha sufrido muchas quemaduras por el sol durante su infancia?
- 81 ☐ Al levantarse, ¿tiene los músculos y las articulaciones rígidas?

De conformidad con la Ley N° 78-17 del 6 de enero de 1978 relativa a la informática, archivos y libertades, usted puede, dando prueba de su identidad, ejercer su derecho a acceder, modificar, corregir o borrar información acerca de usted con su profesional de la salud.