

Cuestionario en Salud y Orden de Laboratorio

Favor de elegir una prueba

- ImuProScreen**
Prueba de sangre en caso de haber sospechas de alergias tipo III – análisis de 22 alimentos de gran importancia (representado en grupos de alimentos).
- ImuPro100**
Prueba de sangre en caso de haber sospechas de alergias tipo III en el que 90 alimentos son analizados.
- ImuPro200**
Prueba de sangre en caso de haber sospechas de alergias tipo III en el que 180 alimentos son analizados.
- ImuPro300**
Prueba de sangre en caso de haber sospechas de alergias tipo III en el que 272 alimentos y aditivos son analizados.

Favor de completar esta forma con letra molde y mándela junto con la muestra de sangre etiquetada al laboratorio control, utilizando el sobre indicado. (Los campos marcados con * son obligatorios.)

Nombre*: _____ Apellido paterno*: _____ Calle*: _____

C.P*: _____ Ciudad*: _____ No. Tel.: _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo*: Femenino Masculino

Peso/Kg: _____ Talla/cm: _____

Nombre de su terapeuta en ImuPro: _____

Complete la dirección del centro médico*:

No. CTL-terapeuta: _____

Complete si lo conoce. El número es asignado por CTL al terapeuta después de la primera prueba de sangre.

Depósito de la sangre

(Sello)

Fecha/hora*

Nombre y dirección del padre o tutor en caso de que el paciente sea menor de edad. Anote la dirección en caso de ser diferente a la escrita anteriormente.

Enterado(a) declaro que la prueba mencionada anteriormente fue hecha por mi petición. El Sr.(a)..... me ha informado detalladamente acerca de la extensión y costo de dicha prueba.

Estoy enterado que mi terapeuta tiene derecho a cobrarme el servicio de depósito de sangre y de consulta por separado.

Ciudad*

Fecha*

Firma (paciente, padre o tutor)*

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1.a Usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Neurodermatitis | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica |
| <input type="checkbox"/> Adiposidad | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Hipertensión | |

1.b Por favor marque donde aplique

Esta información es utilizada para fines estadísticos y será mantenida en confidencialidad total.

Cabeza:

- 01 Dolor de cabeza
- 02 Mareo

Lengua:

- 03 Aftas
- 04 Pústulas
- 05 Lengua saburral
- 06 Lengua hinchada
- 07 Encías sangrantes

Garganta/Pulmones:

- 08 Ronquera
- 09 Tos o Gripas recurrentes
- 10 Dificultad respiratoria
- 11 Congestión con flemas
- 12 Dolor de garganta

Piel:

- 13 Enrojecida
- 14 Seca
- 15 Con comezón

Corazón:

- 16 Dolor
- 17 Dolor punzante
- 18 Taquicardia
- 19 Sensación de opresión

Cuerpo:

- 20 Dolor espalda
- 21 Dolor muscular
- 22 Dolor articular
- 23 Artrosis
- 24 Entumecimiento
- 25 Hinchazón
- 26 Rigidez
- 27 Artritis

Sistema Gastrointestinal:

- 28 Náuseas
- 29 Vómito
- 30 Flatulencias
- 31 Diarrea

- 32 Estreñimiento
- 33 Distensión abdominal
- 34 Pirosis/-Gastritis
- 35 Reflujo
- 36 Colitis
- 37 Grasa en heces
- 38 Sangre en heces
- 39 Ansiedad por comer
- 40 Pérdida de apetito
- 41 Sensación de saciedad sin comer suficiente

Psicológico:

- 42 Cansancio
- 43 Cambios de humor
- 44 Depresiones
- 45 Hiperactividad
- 46 Agresividad
- 47 Ansiedad
- 48 Falta de concentración

2. ¿Está tomando algún medicamento actualmente? Si No
Si es así, ¿cuál?
3. ¿Tiene temperatura o frío? Si No
(en caso de temperatura no es posible realizar ningún análisis)
4. ¿Tiene hábitos alimenticios especiales? Comidas listas para comer Comida rápida Dulces
Otros:
- ¿Generalmente tiene un apetito voraz? Si No
5. ¿Tiene que seguir alguna dieta en especial (ej. en caso de diabetes)? Si No
Si es así, ¿cuál?
6. ¿Alguna vez se ha realizado alguna prueba de alimentos? Si No
En caso de ser así, ¿cuáles y que prueba fue aplicada?
7. ¿Qué tipo de comida consume generalmente?
 Todos los grupos Vegetariano Integrales A veces integrales
En las mañanas: Integrales A veces integrales
En la tarde:
Al mediodía: Integrales A veces integrales
Bebidas:
8. ¿Conoce algún alimento que le ocasione una reacción alérgica? Si No
De ser así, ¿cuál(es)?