



Nombre:

29. Insomnio .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
30. Ansiedad .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
31. Cambios bruscos de humor .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
32. Colesterol elevado .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
33. Convalecencias prolongadas .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
34. Traumas físicos o psíquicos .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
35. Intervenciones quirúrgicas .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
36. Procesos inflamatorios o infecciosos de curación lenta, rebeldes a las curas .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
37. Falta de glóbulos rojos y/o blancos .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
38. Otras faltas (minerales, vitaminas, etc...) .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
39. Enfermedades que afectan a las condiciones generales .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
40. Depresión .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
41. Retrasos de desarrollo local o general .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
42. Impotencia sexual .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
43. Disfunciones ováricas o del ciclo menstrual .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
44. Inapetencia .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
45. Apetito exagerado .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
46. Malestar antes de las comidas .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
47. Somnolencia después de las comidas .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
48. Diabetes .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
49. Disfunciones de la tiroides .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
50. Otras molestias o enfermedades de cierto relieve .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
51. Si es mujer, está en fase de menopausia (más de 1 año sin regla).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
52. Si es mujer, tiene la regla el día de la extracción capilar .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Adjuntar los resultados de los exámenes realizados recientemente (análisis de sangre, orina, dosis hormonales, etc.), y terapias pasadas, recientes o todavía en curso.

**Notas e informaciones útiles que quiera añadir para un examen más completo:**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el abajo firmante queda informado, y presta su consentimiento para que sus datos personales se incorporen al correspondiente fichero de TEQUIAL, SL, autorizando a ésta el tratamiento de los mismos para su utilización en el desarrollo y ejecución del ANALISIS BCC. La recogida y el tratamiento automatizado de sus datos personales son necesarios para realizar dicho análisis. Asimismo da su consentimiento para que el resultado del mismo sea enviado por correo electrónico.

Le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante TEQUIAL, SL, remitiendo su solicitud por escrito a la siguiente dirección: C/ Víctor Andrés Belaunde 48, bajo B - 28016 Madrid.

Firmado: