

DATOS PERSONALES			
Primer apellido:		Nombre:	
Segundo apellido:		DNI:	
Profesión:	Estado civil:		Nº Hijos:
Fecha de nacimiento:		Sexo:	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
Cod. Postal:	Población:	Provincia:	
Tfn. Fijo:	Tfn. Móvil:	Mail:	
Como desea que contactemos con usted: Mail <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/>			
Peso:		Altura:	

¿Cómo se encuentra?

BIEN REGULAR MAL

Tratamiento: _____

Infancia:

Rechazo a la leche Rechazo a cereales Alimentación complicada Correcto

Edad adulta:

Problemas digestivos:

Ninguno Flatulencias Malas digestiones Ardor de estómago Rechazo a lácteos Rechazo a cereales
 Hinchazón abdominal Estreñimiento Diabetes Problemas hepáticos Úlceras

Otros: _____

Otra patología destacable: _____

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

¿Cuál es el tamaño de sus raciones?

Plato pequeño Plato mediano Plato grande Repite con frecuencia

Verduras

4-5 raciones/día 3-2 raciones/día 4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana Menos

Fruta

4-5 raciones/día 3-2 raciones/día 4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana Menos

Legumbres

4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana 4-5 raciones/mes 2-3 raciones/mes Menos

Carnes

4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana 4-5 raciones/mes 2-3 raciones/mes Menos

Pescado

4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana 4-5 raciones/mes 2-3 raciones/mes Menos

Huevos

4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana 4-5 raciones/mes 2-3 raciones/mes Menos

Lácteos

4-5 raciones/día 3-2 raciones/día 4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana Menos

Pasta, cereales y dulces

4-5 raciones/semana 3-2 raciones/semana 1 ración/semana 4-5 raciones/mes 2-3 raciones/mes Menos

Aceite

> 30 g diarios 30-50 g diarios < 50g diarios

En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos personales que usted nos proporciona quedarán registrados en un fichero informatizado automatizado del que es responsable Peaches S.L., en cuyo domicilio sito en el Paseo de Eduardo Dato 12, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Dichos datos serán tratados para realizar el asesoramiento médico estético y/o nutricional más adecuado a sus necesidades, hábitos y estilo de vida, pudiéndose asimismo ser utilizados para remitirle la información de los servicios CRES así como de terceros patrocinados relacionados con el sector de la salud, fitness, ocio, Incluso por vía electrónica.

FIRMA DEL PACIENTE



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:

APELLIDOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENETICRES

En cumplimiento de los artículos 27, 28 y 29 y concordantes con la Ley 306/2001 (23-12-2001) de la Comunidad de Madrid y el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad (25-04-1986) que reconoce el derecho a la información del paciente, le indicamos por escrito la descripción del tratamiento y posibles efectos secundarios del mismo.

GENETICRES NUTRICIONAL, es una técnica de interpretación de determinados genes. La técnica consiste en coger unas células de su mucosa bucal con una torunda estéril, en este procedimiento simplemente se arrastran células de la mucosa de la boca sin necesidad de romper epitelios ni producir ninguna alteración ni física ni química, estas células se conservan adecuadamente ya fuera de su boca, se transportan a nuestro laboratorio donde, de su núcleo celular, se extraen los genes y se analizan y comparan con los habituales del genoma humano con las últimas técnicas de secuenciación de alta tecnología. De la información de esta lectura nuestro equipo biomédico elabora un informe que genera un diagnóstico y un tratamiento nutricional así como una propuesta de hábitos recomendables de vida saludable.

Ventajas previstas al aplicar el procedimiento:

Este procedimiento es absolutamente inocuo tanto física como químicamente, puesto que las torundas son de algodón estéril y no van impregnadas de ningún componente químico.

Riesgos generales:

No existen riesgos físicos de ningún tipo, la lectura y los datos de la información conllevan un sistema de calidad que implica una triple lectura y por tanto los errores en el informe final son de menos del 1%.

Autorización:

Autorizo a la realización del procedimiento especificado más arriba con las consecuencias y los riesgos más frecuentes.

He recibido toda la información necesaria para la realización de este procedimiento.

He leído y he entendido plenamente los posibles riesgos asociados a este procedimiento.

Conozco el derecho que tengo de aceptar o rechazar el procedimiento así como también del derecho de anular la aceptación previa, de las posibilidades de éxito del tratamiento y he podido preguntar lo que me ha parecido conveniente por los medios estipulados.

También sé que puedo exponer condiciones particulares o reservas referentes al citado procedimiento.

Todo lo anterior se me ha explicado claramente y acepto el tratamiento propuesto por lo que firmo en señal de acuerdo, de aceptación y entendimiento de este consentimiento.

Firma y DNI del paciente o responsable legal*

Nombre, firma y DNI del testigo*

Firma de quien informa

* En caso de que el/la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento.