

**Primer análisis personalizado para  
Determinar su perfil bionutricional**

Datos / Sello del Terapeuta  
*indispensable para elaborar el dossier*

e-mail :

**Cuestionario a enviar a:**

**Por Correo:**  
**Laboratorio NUTERGI A S.L.**  
**Paseo de Francia, 14—Bajo**  
**20012 DONOSTIA— SAN SEBASTIAN**

**Por E-MAIL:**  
**iomet@nutergia.es**

Su **Perfil Bionutricional IoMET®** se va a determinar mediante un análisis informatizado de este cuestionario. Los resultados permitirán evaluar los riesgos relacionados a las sobrecargas tóxicas y/o a las diversas carencias en minerales y vitaminas.

**Los resultados se enviarán a su terapeuta** quien se los comentará, y podrá adaptar, en caso de necesidad, un tratamiento bionutricional personalizado.

*Cuadro a rellenar en MAYUSCULAS*

*NOTA : El cuestionario y su interpretación han sido elaborados científicamente. La formulación de las preguntas es voluntariamente simple para una mejor accesibilidad.*

**Código (a rellenar por el terapeuta) :** .....

**Fecha :** .....

**Apellidos :** ..... **Nombre :** .....

**Fecha de nacimiento :** ..... **Sexo :**  Masculino  Femenino

**Estatura (m) :** ..... **Peso (Kg) :** ..... Estatura y peso son indispensables para calcular el IMC

**Teléfono :** .....

**FIRMA**

El arriba firmante presta su consentimiento expreso para que los datos personales recogidos sean incorporados y tratados en un fichero automatizado propiedad de Laboratorio Nutergia (responsable del fichero), cuya finalidad es la elaboración de su perfil bionutricional, así como informarle de posibles productos y actividades de la empresa que pudieran resultar de su interés.

Usted presta su consentimiento expreso para que la información facilitada y/o el resultado de su tratamiento sea cedido a su terapeuta.

Le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, enviando una carta certificada o forma equivalente que permita acreditar su recepción, junto con la fotocopia de su D.N.I., a la siguiente dirección: Laboratorios NUTERGI A, Paseo de Francia, 14 - CP 20.012 – San Sebastián (GIPUZKOA)

**IMPRESINDIBLE firmar el cuestionario. No se elaborarán perfiles de cuestionarios sin firma**

## SUS HABITOS ALIMENTARIOS

**Si su respuesta es SI, marcar con un aspa el cuadro. En caso de duda no marcar.  
Cuando se citen varios trastornos en una pregunta, basta con cumplir uno solo de ellos para tener que marcar SI.**

- 1  ¿Consume carne y/o embutidos más de 5 veces por semana?
- 2  ¿Consume productos en conserva y/o congelados y/o precocinados más de 2 veces por semana?
- 3  ¿Consume 2 ó más productos lácteos por día : leche, yogurts, queso y/o platos precocinados que contenga productos lacteos (bechamel, gruyere, helados, crema catalana...)?
- 4  ¿Consume pescado graso o semi-graso (salmón, atún, chicharro, sardinas...) al menos 2 veces por semana o consume complementos alimentarios a base de omega 3 ó de aceites de pescado?
- 5  ¿Condimenta las ensaladas con aceite de oliva « virgen primera presión en frío »?
- 6  ¿Condimenta con otros aceites de primera presión en frío, de tipo girasol o lino, o consume complementos alimentarios a base de aceites vegetales?
- 7  ¿Consume con regularidad o más de 2 veces por semana platos preparados (pastelería, bollería, platos preparados...)?
- 8  ¿Come usted en fast-foods, bares o restaurantes más de 3 veces por semana de media?
- 9  ¿Consume usted más de 2 productos azucarados al día: Galletas, pasteles, barras de cereales, azúcar refinado (2 terrones), bebidas azucaradas o zumos de frutas envasados ?
- 10  ¿Consume al menos una vez al día verduras/hortalizas crudas o fruta?
- 11  ¿Consume al menos un plato de verduras de temporada (crudas o cocidas al vapor) por día?
- 12  ¿Consume productos integrales, biológicos o de su huerta?
- 13  ¿Acostumbra cenar en abundancia?
- 14  ¿Acostumbra comer a horas regulares y con calma?
- 15  ¿Acostumbra saltarse alguna de las 3 principales comidas (desayuno, comida, cena) más de 1 vez a la semana?
- 16  ¿Sigue algún régimen hipocalórico con restricción alimentaria?
- 17  ¿Bebe usted más de 1/2 litro de agua al día fuera de las comidas ?

## SU APARIENCIA Y SU ENTORNO

- 18  ¿Tiene usted problemas de piel (seca, rugosa o con tendencia al acné)?
- 19  ¿Sufre patologías frecuentes de nariz, garganta, oídos (resfriados, sinusitis) o alergias ?
- 20  ¿Pierde el cabello de manera importante ?
- 21  ¿Fuma más de 10 cigarrillos al día y/o bebe regularmente alcohol (más de 2 vasos de vino o más de 1 vaso de bebidas de alta graduación al día)?
- 22  ¿Tiene más de 3 amalgamas dentales o fundas metálicas en la boca (que no sean de resina) ?
- 23  ¿Vive usted en el centro de una ciudad con mucho tráfico o en una zona industrial ?
- 24  ¿Su tasa de colesterol, de triglicéridos ó de ácido úrico es elevada?
- 25  ¿Se fatiga con facilidad cuando sube a pie las escaleras? ¿Ha sido usted tratado por trastornos cardiovasculares ó hipertensión?

## SU DIGESTION

- 26  ¿Sufre problemas de tránsito intestinal (diarreas, estreñimiento, hinchazones...)?
- 27  ¿Tiene dolores de cabeza después de una comida abundante?
- 28  ¿Tiene habitualmente la lengua blanca o pastosa? ¿Tiene mal aliento?
- 29  ¿Tiene una digestión lenta o difícil (somnolencia después de las comidas)?

## SUS PROBLEMAS

- 30  ¿Sufre dolores musculares crónicos, sufre descalcificación (osteoporosis)?
- 31  ¿Tiene las encías sensibles, inflamadas o sangrantes?
- 32  ¿Es friolero/a?
- 33  ¿Siente con frecuencia el deseo de tomar azúcar o dulces?
- 34  ¿Se siente fatigado o irritado si se salta una comida o si come más tarde de lo habitual?
- 35  ¿Sufre regularmente de trastornos agudizados antes de las comidas (nerviosismo, falta de concentración)?
- 36  ¿Sufre regularmente de vértigos, náuseas o dolores de cabeza?
- 37  ¿Tiene un modo de vida estresante, con problemas familiares o profesionales?
- 38  ¿Se siente fatigado, ansioso o nervioso?
- 39  ¿Tiene un humor depresivo, percibe una pérdida de interés o de placer por las cosas que normalmente le gusta hacer?
- 40  ¿Tiene dificultades para dormir, un sueño agitado o se despierta por la noche?
- 41  ¿Sufre dolores de espalda regulares?
- 42  ¿Tiene manchas cutáneas, arrugas muy marcadas para su edad o una modificación de la elasticidad cutánea?
- 43  ¿Tiene trastornos de la visión, dificultades de acomodación, cataratas?
- 44  ¿Sufre dolores periódicos de tipo artrósico ó disminución de la movilidad articular?
- 45  ¿Se siente envejecer anormalmente?

## PREGUNTAS RESERVADAS ÚNICAMENTE A MUJERES

- 46  ¿Sufre trastornos premenstruales (retención de líquidos, sobrepeso, dolores de cabeza, pechos sensibles o irritabilidad)?
- 47  ¿Toma la píldora o tiene algún otro medio anticonceptivo hormonal (dispositivo intrauterino, implante subcutáneo)?
- 48  ¿Está embarazada actualmente? ¿Sufre reglas irregulares? ¿Tiene dificultades para quedarse embarazada?
- 49  ¿Está en periodo de pre-menopausia o menopausia?
- 50  ¿Tiene pérdidas de flujo blanco, irritaciones, picores vaginales o infecciones genitales?

## PREGUNTAS RESERVADAS ÚNICAMENTE A HOMBRES

- 51  ¿Tiene necesidad de orinar poco y con frecuencia (Más que antes)?

## PREGUNTAS RESERVADAS ÚNICAMENTE A NIÑOS

- 52  ¿Es agitado, hiperactivo?
- 53  ¿Está en fase aguda de crecimiento?

## CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO (a rellenar obligatoriamente)

- 54  ¿Tiene problemas cutaneos crónicos o frecuentes (eczéma, psoriasis, dermatitis atópica...)?
- 55  ¿Tiene manchas blancas en las uñas?
- 56  ¿Tiene picores cutáneos frecuentes?
- 57  ¿Está expuesto/a diariamente a contaminaciones electromagnéticas (lineas de alta tensión, ordenadores, televisión, teléfono móvil ...)?
- 58  ¿Practica poco ejercicio físico (menos de 30 minutos a la semana)?
- 59  ¿Tiene una concentración de grasa, especialmente en la parte superior del cuerpo (por encima de la cintura)?
- 60  ¿Transpira de manera importante (manos, pies, axilas) durante el día o sufre de sudores nocturnos?
- 61  ¿Se siente frecuentemente hinchado, tiene flatulencias o dolores intestinales (Colitis)?
- 62  ¿Se despierta regularmente a las 2 horas de haberse acostado?
- 63  ¿Ha seguido algún tratamiento antibiótico durante más de 1 mes o durante periodos más cortos pero repetidos durante los últimos 6 meses?
- 64  ¿Sufre regularmente de picores anales o genitales?
- 65  ¿Tiene caries, aftas o dientes descarnados?
- 66  ¿Sufre calambres musculares, tendinitis o agujetas?
- 67  ¿Tiene regularmente escozores o infecciones urinarias?
- 68  ¿Tiene el cabello y la tez frágiles?
- 69  ¿Sufre de somnolencia ó se siente incómodo habitualmente despues de comer?
- 70  ¿Está sujeto a dolores musculares, espasmodia o tetania?
- 71  ¿Siente la necesidad de tomar estimulantes (café, té, alcohol, chocolate, coca-cola...)?
- 72  ¿Siente que tiene « ataques de hambre » antes de las comidas?
- 73  ¿Tiene problemas de memoria o de concentración?
- 74  ¿Sufre pérdidas de energía, agotamiento nervioso periódico?
- 75  ¿Siente un sentimiento de desvalorización o una falta de confianza en si mismo?
- 76  ¿Ha sufrido recientemente algún acontecimiento grave particularmente estresante y/o que no consigue superar psicológicamente?
- 77  ¿Recuerda mejor acontecimientos antiguos que recientes?
- 78  ¿Sufre trastornos del equilibrio, vértigos, zumbidos u oye peor que antes?
- 79  ¿Sigue algún tratamiento medico regular (que no séa homeopatía, nutriterapia)?
- 80  ¿Ha estado expuesto de manera excesiva a sol o ha sufrido más de 15 insolaciones/quemaduras solares en su vida?
- 81  ¿Tiene las articulaciones rígidas, es lento su despertar muscular y articular?