

0 1 2 3

A - FATIGA Y TRASTORNOS DEL HUMOR

- Me siento fatigado (a)
- Tengo problemas para motivarme
- Tengo problemas de sueño
- Tengo dificultades de concentración
- Tengo dificultades de memoria
- Me siento ansioso (a)
- Me siento angustiado (a) -me siento deprimido (a)

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Puntuación A =

B - TRASTORNOS DIGESTIVOS

- Siento ardor en el estómago
- Tengo reflujo de ácidos
- Siento nauseas
- Tengo diarreas
- Estoy estreñido
- Presento alternancias diarrea / estreñimiento
- Tengo hinchazón después de comer
- Tengo crisis de colitis

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Puntuación B =

C - TRASTORNOS OSTEOARTICULARES Y DEGENERATIVOS

- Siento dolores en la espalda y el cuello
- Padezco de las articulaciones (muñecas, codos, hombros, tobillos, rodillas, caderas)
- Me duelen los músculos, los tendones
- Cuando hago deporte, sufro heridas fácilmente
- Padezco una enfermedad reumática
- Sufro de los ojos (cataratas, ojos secos)

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Puntuación C =

D - TRASTORNOS INFECCIOSOS

- Presento regularmente los trastornos siguientes :
 - Dolor de garganta, anginas, resfriados, sinusitis, otitis
 - Bronquitis, infecciones pulmonares
- Padezco regularmente infecciones urinarias
- Padezco regularmente infecciones genitales
- Padezco regularmente infecciones digestivas
- Padezco regularmente infecciones cutáneas

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Puntuación D =

E - TRASTORNOS CUTÁNEOS

- Tengo la piel seca
- Tengo eczema regularmente
- Tengo acné
- A menudo tengo herpes en el rostro
- Pierdo cabello; mi cabello está apagado y quebradizo
- Mis uñas están quebradizas, se doblan

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Puntuación E =

F - TRASTORNOS CIRCULATORIOS

- Noto las piernas pesadas
- Tengo edema (tobillos, manos, dedos...)
- Frecuentemente noto las extremidades frías
- Tengo hormigueos en las extremidades
- Tengo trastornos antes de las reglas (tensión en los pechos, dolores, fatiga, depresión)

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Puntuación F =

G CONSUMO REGULARMENTE

Tabaco

De 1 a 4 cigarros al día = 1
De 5 a 15 cigarros al día = 2
Más de 15 cigarros al día = 3

Alcohol

Más de 3 vasos y menos de 75 cl
de vino al día = 1
Entre 75 y 150 cl al día = 2
Más de 150 cl al día = 3

Un medicamento

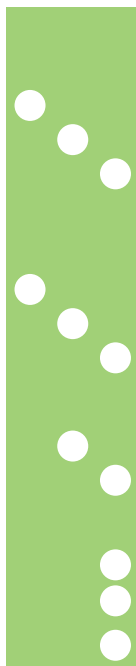
Regularmente = 2
Todos los días = 3

Utilizo anticonceptivos

Oral (píldora) = 1
DIU = 3

Soy donante de sangre = 3

1 2 3



INFORMACIONES ADICIONALES

Nombre :

Apellido :

Telf. : Email :

Fecha de nacimiento :

Altura:

Peso:

Profesión:

Número de horas de actividades físicas
por semana :

TOTAL PUNTUACIÓN G =



PUNTUACIÓN TOTAL
A+B+C+D+E+F+G =



Detección De Deficiencia Micronutricional

Responda a este
cuestionario utilizando
la siguiente evaluación:

0 = nunca siento este síntoma.

1 = siento este síntoma de vez en cuando...
pero es poco molesto.

2 = siento este síntoma repetidas veces...
resulta bastante molesto,
desearía librarme de él.

3 = siento este síntoma permanentemente...
me molesta mucho,
no consigo librarme de él.

Remita su D.D.M a su Micronutricionista

Obtenga su
puntuación...
D. D. M.

