



ANÁLISIS de 95 determinaciones en CABELLO

IMPRIMA ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO JUNTO CON LA MUESTRA

Nombre y Apellidos	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Edad	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Población	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Provincia	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Código Postal	<input style="width: 100px;" type="text"/>
email :	@ <input style="width: 90%;" type="text"/>
Teléfono fijo	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Teléfono móvil	<input style="width: 100px;" type="text"/>

CORTE APROX. 2 GRAMOS (1 cucharada grande) de CABELLO cerca de la raíz. INTRODÚZCALO EN UN SOBRE LIMPIO, Y ESTE A SU VEZ JUNTO CON ESTE FORMULARIO EN UN SOBRE MÁS GRANDE

RELLENE SUS DATOS PERSONALES, Y MARQUE CON UN CÍRCULO SUS ANTECEDENTES.

**ENVÍO por CORREO NORMAL a: NINLAB LABORATORIO - Calle Ecuador num 1, - BARCELONA 08029
A LA RECEPCIÓN de MUESTRA le COMUNICAREMOS SU CONFORMIDAD – NO PAGUE ANTES**

Antecedentes

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. Urticaria..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 2. Eccema, eccema infantil..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 3. Alergias en los ojos y en la nariz..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 4. Asma bronquial..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 5. Cefaleas o migrañas..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 6. Dolores musculares y/o articulares migratorios..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 7. Alergias alimenticias..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 8. Molestias digestivas..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 9. Colitis..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 10.Reglas abundantes, continuas, dolorosas..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 11.Nerviosismo..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 12.Taquicardia..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 13.Adelgazamiento..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 14.Hipertensión arterial..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 1. Infecciones reincidentes de las vías respiratorias altas (rinitis, faringitis, amigdalitis, otitis, sinusitis, bronquitis)..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 16. Bronquitis asmática..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 17. Cistitis reincidentes..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 18. Reglas escasas, irregulares, dolorosas..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 19. Molestias intestinales reincidentes..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 20. Molestias de la circulación venoso y arterial periférica..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 21. Gastroduodenitis..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 22. Úlcera gástrica..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 23. Molestias de la vesícula biliar..... | <u>SI</u> | <u>NO</u> |

24. Artrosis.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
25. Dolores musculares intensos y siempre en la misma zona.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
26. Gota, ácido úrico elevado	<u>SI</u>	<u>NO</u>
27. Enfisema pulmonar.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
28. Molestias de la menopausia.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
<hr/>		
29. Insomnio.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
30. Ansiedad.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
31. Cambios bruscos de humor.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
32. Colesterol elevado	<u>SI</u>	<u>NO</u>
33. Convalecencias prolongadas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
34. Traumas físicos o psíquicos.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
35. Intervenciones quirúrgicas.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
36. Procesos inflamatorios o infecciosos de curación lenta, rebeldes a las curas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
37. Falta de glóbulos rojos y/o blancos	<u>SI</u>	<u>NO</u>
38. Otras faltas (minerales, vitaminas, etc....).....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
39. Enfermedades que afectan a las condiciones generales.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
40. Depresión.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
41. Retrasos de desarrollo local o general	<u>SI</u>	<u>NO</u>
42. Impotencia sexual.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
43. Disfunciones ováricas o del ciclo menstrual.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
44. Inapetencia.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
45. Apetito exagerado	<u>SI</u>	<u>NO</u>
46. Malestar antes de las comidas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
47. Somnolencia después de las comidas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
48. Diabetes.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
49. Disfunciones de la tiroides.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
50. Otras molestias o enfermedades de cierto relieve.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
51. Si es mujer, está en fase de menopausia.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
52. Si es mujer, tiene la regla el día de la extracción capilar.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>

IMPRIMA ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO JUNTO CON LA MUESTRA

En _____ a _____ de _____ de 201__

