



Formulario de solicitud

DATOS DE LA PACIENTE

Nombre _____
Apellidos _____
Sexo: Masculino Femenino
Edad _____
Etnia _____
Email _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO SOLICITANTE

Nombre _____
Institución _____
Dirección _____ Código postal _____
Teléfono _____ Email _____
Nº de Proceso/Consulta _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Tipo de muestra: Saliva Sangre total ADN

① Estudio del perfil genético relevante a:

- Predisposición al sobrepeso
- Riesgo Cardiovascular
- Predisposición al Síndrome Metabólico y Diabetes
- Predisposición a la Hipertensión arterial
- Deficiencias, sensibilidades nutricionales e intolerancias

② Estudio de intolerancias alimentarias mediadas por IgG

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Peso (kg) _____ Índice de masa corporal _____

Relación cintura-cadera (cm) _____

¿Hizo dieta acompañado(a) por un nutricionista? Sí No

En caso afirmativo, ¿recuperó el peso perdido? Sí No

¿Cuántas horas de ejercicio por semana? 0 1-3 4-6 +7

¿Tiende a picotear? Sí No

En caso afirmativo, ¿antes o después de la cena? Antes Después

¿Cuántas tazas de café suele tomar/toma al día? 0-1 2-3 +4

SOLICITUD DEL ESTUDIO

GeneXvitae Básico: Estudio genético ①

GeneXvitae Plus: Estudio genético ① + Estudio de intolerancias ②

CÓDIGO INTERNO

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PACIENTE

Yo, por la presente autorizo a recoger voluntariamente el material biológico mío / de mi hijo(a) para la prueba genética que se especifica en esta solicitud. Declaro que me proporcionaron toda la información necesaria acerca de la realización de la misma y entiendo las aplicaciones y limitaciones de la prueba de nutrigenética que me ha sido prescrita. Soy consciente y comprendo que se implementarán medidas de protección a la confidencialidad de mis datos indefinidamente. En cualquier momento, tengo el derecho de acceder, actualizar y/o eliminar los datos personales mediante el envío de un correo electrónico a pedidos@pronacera.com

Estoy expresamente de acuerdo y doy permiso para que mis datos personales y otras informaciones relevantes para mi cuadro clínico se envíen y sean transmitidas a nuestro laboratorio para la realización de la prueba genética.

Sí No Autorizo que el producto biológico y los datos suplementarios/clínicos se utilicen de modo anónimo en la investigación.

Firma y consentimiento del paciente:

Firma y aclaración del médico:

Fecha:

REQUERIMIENTOS DE LA MUESTRA

- **Sangre total:** 2 o 3 mL en tubo K₂ EDTA o K₃ EDTA
- **ADN:** Mínimo 300 ng a [35] ng/μl
- **Saliva:** recolectar la muestra según las especificaciones del kit