



GeneXFit



Pronacera Therapeutics
Showing R&D results

Formulario de solicitud

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos _____

Etnia _____

Sexo : Masculino Femenino

Email _____

Fecha de nacimiento _____

DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

Nombre y apellidos _____

Institución _____

Teléfono _____

Email _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Tipo de muestra: Saliva

Estudio del perfil genético relevante a:

- Musculación.
- Fuerza.
- Regeneración Muscular.
- Resistencia.
- Lesiones.
- Necesidades nutricionales.

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Peso(kg) _____ Altura(m) _____

Relación cintura-cadera (cm) _____

¿Sigue una dieta mediterránea? Si No

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

¿Cuántas tazas de café consume al día? 0-1 2-3 +4

CÓDIGO INTERNO

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL 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.

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

Firma y consentimiento informado del paciente:

Firma y consentimiento informado del profesional:

Fecha: