

\*Campos imprescindibles de cumplimentación

Profesional solicitante

<b>Nombre y Apellidos*</b>	<b>Teléfono contacto*</b>
<b>Nº colegiado</b>	
<b>e-mail contacto*</b>	<b>Provincia/País*</b>
<b>Centro Sanitario*</b>	

Datos del servicio (Es obligatorio cumplimentar todos los campos)

<b>Código de la muestra*</b>	<b>Tipo de muestra*</b>	<input type="checkbox"/> ADN	<input type="checkbox"/> Saliva	<input type="checkbox"/> Sangre
Pegar código de barras	<b>Fecha de extracción*</b>	(dd/mm/aaaa)		
	<b>Idioma del informe*</b>	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Inglés	
	<b>Su referencia</b>			

Datos del paciente (Es obligatorio cumplimentar todos los campos)

<b>Edad* (años)</b>	<b>Sexo*</b>	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
<b>Diabetes*</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tipo 1	<input type="checkbox"/> Tipo 2
<b>Hipertensión*</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Niveles bajos de HDL colesterol (<math>\leq 45\text{mg/dl}</math> hombres o <math>\leq 55\text{mg/dl}</math> mujeres)*</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Niveles altos de LDL colesterol (<math>\geq 130\text{mg/dl}</math>)*</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>Niveles altos de triglicéridos (<math>\geq 200\text{mg/dl}</math>)*</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Exploración física (Es obligatorio cumplimentar todos los campos)

<b>Peso*</b>	Kg	<b>Talla*</b>	cm	<b>Perímetro de la cintura*</b>	cm
--------------	----	---------------	----	---------------------------------	----

Cuantificación de actividad física (Es obligatorio cumplimentar todos los campos)

Indique qué actividades de las mostradas a continuación ha realizado durante los **últimos 7 días** y cuanto tiempo ha dedicado a cada una de ellas:

<b>Actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta.</b>	<input type="checkbox"/> Días	<input type="checkbox"/> Minutos /día	<input type="checkbox"/> No sabe No está seguro
<b>Actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular, o jugar dobles de tenis. No incluya caminar.</b>	<input type="checkbox"/> Días	<input type="checkbox"/> Minutos /día	<input type="checkbox"/> No sabe No está seguro
<b>Caminar por lo menos 10 minutos seguidos.</b>	<input type="checkbox"/> Días	<input type="checkbox"/> Minutos /día	<input type="checkbox"/> No sabe No está seguro

Declaro que el paciente ha firmado consentimiento informado para esta evaluación.

Firmado:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_