



Test de aire espirado para intolerancias alimentarias
y sobrecrecimiento bacteriano

Intolerancia a la lactosa
Intolerancia a la fructosa
Intolerancia al sorbitol
Sobrecrecimiento bacteriano

PROCEDENCIA WEB

FECHA ___ / ___ / ___

DATOS PERSONALES

Dr/Dra _____

Paciente _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Remitir informe a:

Correo-e _____

Dirección postal _____

SOLICITUD DE PRUEBAS

TEST DE AIRE ESPIRADO (Indicar con una cruz)

Intolerancia a la lactosa

Intolerancia a la fructosa

Intolerancia la sorbitol

Sobrecrecimiento bacteriano

Otros (especificar):

DESCRIPCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA A LO LARGO DEL PROCESO DE TOMA DE MUESTRAS

| SÍNTOMAS | MINUTO DE APARICIÓN | INTENSIDAD (Valorar del 1 al 10) | SÍNTOMAS | MINUTO DE APARICIÓN | INTENSIDAD (Valorar del 1 al 10) |
|--------------------|---------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------------------|
| Nauseas | | | Distensión abdominal | | |
| Vómitos | | | Ardor/Pirosis | | |
| Diarrea | | | Ruidos intestinales | | |
| Dolor abdominal | | | Flatulencia | | |
| Malestar abdominal | | | Otros (Describir) | | |

Sin sintomatología

Observaciones:

DOCUMENTO REQUERIDO EN BASE A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ DNI / PASAPORTE: _____

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma del titular de los datos, o persona autorizada (y DNI), si es menor o incapacitado

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de un fichero automatizado, cuyo titular es el Centro Diagnóstico Calderón SLP con la finalidad de llevar a cabo la gestión de análisis clínicos. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla dirigiéndose al domicilio de la entidad en C/Colón nº 37 de Castellón. Los datos recogidos han sido facilitados por el propio interesado, dando su consentimiento para su tratamiento en el sistema de información del Centro. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento y confidencialidad de dichos datos.

Mediante la presente, se autoriza que los datos personales de carácter médico recabados, puedan ser transferidos o cedidos por el responsable del tratamiento a terceros que actúan como colaboradores, por razón de su especialidad sanitaria, para dar cumplimiento al servicio profesional requerido. Cuando el interesado utilice los servicios sanitarios bajo la cobertura de un seguro médico, el establecimiento sanitario acreedor comunicará a la entidad aseguradora los datos sanitarios necesarios para que esta pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad. Mediante la presente autoriza la expresada cesión de datos personales a la compañía aseguradora.

FIRMA