

Solicitud de datos Microbioma Intestinal Clínico

DATOS PERSONALES

Código de muestra	Fecha de nacimiento		(dd/mm/aaaa)	
Peso	(Kg)	Altura	(cm)	
Sexo	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Si es mujer, ¿Está embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Localización geográfica	Nacionalidad			
Nivel de educación	Profesión			
Nivel de ingresos	Menos de 10.000€/año <input type="checkbox"/>		10.001€-15.000€/año <input type="checkbox"/>	
	15.001€-25.000€/año <input type="checkbox"/>		25.001€-35.000€/año <input type="checkbox"/>	
	Más de 35.001€ <input type="checkbox"/>			
¿Tiene animales de compañía?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

HÁBITOS DE VIDA

¿Fuma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<4 cigarrillos / día <input type="checkbox"/>	5-8 cigarrillos / día <input type="checkbox"/>	9-12 cigarrillos / día <input type="checkbox"/>	13-16 cigarrillos / día <input type="checkbox"/>	>16 cigarrillos / día <input type="checkbox"/>
¿Bebe alcohol?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Copas)	1/día <input type="checkbox"/>	2/día <input type="checkbox"/>	3/día <input type="checkbox"/>	>3/día <input type="checkbox"/>
¿Bebe agua habitualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Vasos)	1/día <input type="checkbox"/>	2/día <input type="checkbox"/>	3/día <input type="checkbox"/>	>3/día <input type="checkbox"/>
¿Consume bebidas gaseosas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Frecuencia consumo bebidas gaseosas light (Vasos)	1/día <input type="checkbox"/>	2/día <input type="checkbox"/>	3/día <input type="checkbox"/>	>3/día <input type="checkbox"/>		
Frecuencia consumo bebidas gaseosas azucaradas (Vasos)	1/día <input type="checkbox"/>	2/día <input type="checkbox"/>	3/día <input type="checkbox"/>	>3/día <input type="checkbox"/>		
¿Come fruta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1/día <input type="checkbox"/>	2/día <input type="checkbox"/>	3/día <input type="checkbox"/>	>3/día <input type="checkbox"/>	
¿Consume cafeína?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1/día <input type="checkbox"/>	2/día <input type="checkbox"/>	3/día <input type="checkbox"/>	>3/día <input type="checkbox"/>	
¿Hace ejercicio?	Sedentario <input type="checkbox"/>	Ocasional <input type="checkbox"/>	A menudo <input type="checkbox"/>	Con frecuencia <input type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>	
¿Tiene alguna alergia? (En caso afirmativo, indicar)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Toma alguna medicación habitualmente? (En caso afirmativo, indicar)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Consume antibióticos, prebióticos, probióticos 48 hrs antes de la toma de muestra?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Consume fibra?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Evita algunos alimentos (con gluten, lactosa, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Tipo de dieta	Mediterránea <input type="checkbox"/>	Vegana <input type="checkbox"/>	Fast food <input type="checkbox"/>			
Alimentos habituales en el desayuno						
Alimentos habituales en el almuerzo						
Alimentos habituales en la cena						
¿Consume carne roja?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Consumo semanal carne roja	1 pieza <input type="checkbox"/>	2 piezas <input type="checkbox"/>	3-4 piezas <input type="checkbox"/>	5-7 piezas <input type="checkbox"/>	Diario, todas las comidas <input type="checkbox"/>	
¿Como suele cocinar la carne roja?	Hervida <input type="checkbox"/>	Asada <input type="checkbox"/>		Frita <input type="checkbox"/>		
¿Consume carne blanca?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Consumo semanal carne blanca	1 pieza <input type="checkbox"/>	2 piezas <input type="checkbox"/>	3-4 piezas <input type="checkbox"/>	5-7 piezas <input type="checkbox"/>	Diario, todas las comidas <input type="checkbox"/>	
¿Como suele cocinar la carne blanca?	Hervida <input type="checkbox"/>	Asada <input type="checkbox"/>		Frita <input type="checkbox"/>		
¿Consume pescado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Consumo semanal pescado	1 pieza <input type="checkbox"/>	2 piezas <input type="checkbox"/>	3-4 piezas <input type="checkbox"/>	5-7 piezas <input type="checkbox"/>	Diario, todas las comidas <input type="checkbox"/>	
¿Como suele cocinar el pescado?	Hervido <input type="checkbox"/>	Asado <input type="checkbox"/>		Frito <input type="checkbox"/>		
¿Come ensalada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

¿Come ensalada?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>						
Consumo semanal ensalada	1 pieza	<input type="checkbox"/>	2 piezas	<input type="checkbox"/>	3-4 piezas	<input type="checkbox"/>	5-7 piezas	<input type="checkbox"/>	Diario, todas las comidas	<input type="checkbox"/>
¿Consume vegetales almidonados (patata, batata, chirivía, calabaza, maíz dulce, etc.?)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>						
Consumo semanal vegetales alm.	1 pieza	<input type="checkbox"/>	2 piezas	<input type="checkbox"/>	3-4 piezas	<input type="checkbox"/>	5-7 piezas	<input type="checkbox"/>	Diario, todas las comidas	<input type="checkbox"/>
¿Sufre alguna afección? (En caso afirmativo, indicar)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>						
Escala de la afección (1-5)										
Índice de Masa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m ²])										
¿Sufre alguna alteración neuronal?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>						
Intervenciones quirúrgicas	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>						
