



Laboratorio Micro Trace Minerals

Más de 40 años de análisis ambiental en todo el mundo

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

teléfono: +49 (0) 9151/4332
fax: +49 (0) 9151/2306

info@microtrace.es
<https://microtrace.es>



FORMULARIO DE ENVÍO: Análisis de Minerales de Cabello o Uñas

Clínica / Médico solicitante: _____

Si es un cliente nuevo o ha cambiado la información de contacto, rellene los campos de la página 2.

Nombre y Apellido del paciente: _____

Calle: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____

Estado/Provincia: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Solamente si el informe será enviado al paciente (por favor, escriba con letras mayúsculas)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: h m

Haga por favor el pelo o el clavo análisis mineral para mí:

Perfil básico (P9)

35 Elementos

Elementos analizados:

Aluminio, Antimonio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Bismuto, Boro, Cadmio, Calcio, Cinc, Circonio, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Germanio, Hierro, Litio, Magnesio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Paladio, Plata, Platino, Plomo, Selenio, Talio, Titanio, Tungsteno, Uranio, Vanadio, Yodo

Perfil extendido (P10)

55 Elementos

Elementos analizados Parámetros como la Perfil 9 más:

Cerio, Cesio, Dysprosium, Erbium, Europium, Gadolinio, Galio, Iridio, Iterbio, Lantano, Lutetium, Praseodymium, Renio, Rodio, Rutenio, Samario, Tantalio, Telurio, Thulium, Torio

Material para el análisis:

Muestra principal del pelo (no tratada) Cabellos de vergüenza muestra de la barba Uñas

Enviar el informe por: Correo E-mail Fax

Enviar el informe a: Hospital/Médico Paciente ambas direcciones (sobrecarga del €9,95)

Método de Factura a: Hospital/Médico Paciente

Tarjeta de crédito VISA Mastercard número: _____

Válida hasta (MM/YY): _____ Código de 3 dígitos: _____

Transferencia bancaria hecha en: _____ por € _____

Cuenta Raiffeisenbank Hersbruck
BIC: GENODEF1HSB IBAN: DE70760614820 100092185

El pago se ha efectuado en la dirección: service@microtrace.de

Es necesario prepago o tarjeta de crédito. De otro modo, se retendrán las muestras hasta que se reciba el pago.

*** pasar página ***

Códigos de los síntomas (marque los 3 principales):

1 Adicciones	8 Cardíacos	15 Diabetes	22 Colesterol	29 Leucemia	36 PMS
2 Alergias	9 Oculares	16 Auditivos	23 Hipertensión	30 Esclerosis múltiple	37 Próstata
3 Anemia	10 Constipación	17 Epilepsia	24 Hipertiroidismo	31 Distrofia muscular	38 Escoliosis
4 Alopecia	11 Diarrea / Enf. Crón	18 Fatiga	25 Hipoglucemia	32 Obesidad	39 Digestivos
5 Asma	12 Fibrosis quística	19 Genito/Urinario	26 Hipotiroidismo	33 Osteoporosis	40 Autismo/Asperger
6 Artritis	13 Depresión	20 Dolores de cabeza	27 Inmunodeficiencia	34 Parkinson	41 _____
7 Cáncer	14 Dermatológicos	21 Hiperactividad	28 Aprendizaje	35 Flebitis	42 _____



Instrucciones para la toma de muestras

El cabello nos proporciona un registro de los niveles pasados y actuales de oligoelementos. Cuando el pelo crece, los nutrientes y los elementos tóxicos procedentes del flujo sanguíneo se depositan en el folículo piloso y en el tallo del cabello. Un mes de este proceso metabólico queda reflejado en 1 centímetro de cabello. Una vez que el oligoelemento se ha incorporado al cabello, permanece allí inalterado. Para medir las concentraciones de oligoelementos en el cabello de forma fiable y con buena reproductibilidad, se aplican los siguientes criterios:

- Se debe utilizar cabello **NO TRATADO**. El cabello que ha sido tratado químicamente (permanentado, teñido, decolorado, tratado con alheña, etc.) **NO PROPORCIONARÁ** resultados fiables.
- Las muestras de cabello se lavarán en el laboratorio; es necesaria una muestra adecuada (ver más abajo).
- NO MEZCLAR** tipos de muestras diferentes.
- Las raíces del cabello **NO** son necesarias. **NO** puede utilizarse tampoco el pelo del sobaco. Se puede usar cualquier tipo de tijera. Se han de cortar mechones finos en distintos lugares para evitar "agujeros".

Cabello: de cabeza, barba, pecho o vello púbico (no mezclar)

- Corte un mínimo de 0,300 gramos. Esto equivale a unas 2-3 cucharillas llenas.
- Coloque el cabello en el sobre (de papel) de la muestra, rellene la Hoja de Información del Paciente y envíela a MTM.

Cabello largo

- Corte un pequeño mechón de 1,5 a 2 pulgadas (4,5 a 5,5 cm.) de cabello próximo al cuero cabelludo. **DESCARTE** las puntas de mechones largos y no utilice ningún cabello que esté a más de 2 pulgadas (más de 5,5 cm) del cuero cabelludo.
- Coloque el cabello en el sobre (de papel) de la muestra, rellene la Hoja de Información del Paciente y envíela a MTM.

Uñas

- Se necesita un mínimo de 0,200 gramos. Esto equivale a una media cucharilla llena. Quite **TODO** el esmalte de uñas antes de obtener la muestra.
- Coloque el cabello en el sobre (de papel) de la muestra, rellene la Hoja de Información del Paciente y envíela a MTM.

Si es un cliente nuevo o han cambiado sus datos,

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

o Sello del hospital / médico

Consentimiento informado para la protección de datos

Doy mi consentimiento para que mi muestra sea recogida por el médico responsable o terapeuta alternativo, y sea transmitida a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") con el fin de poseer y realizar la prueba que he solicitado. Además, estoy de acuerdo en que MTM envíe mi muestra de material, mi nombre y mi fecha de nacimiento a laboratorios especializados en Alemania para llevar a cabo la prueba que he solicitado y en que MTM sea notificada del resultado. Si deseo enviar el resultado de la prueba de MTM al médico responsable o al terapeuta alternativo, acepto que él / ella vean el resultado de la prueba para establecer un diagnóstico. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento al médico responsable o terapeuta alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Hasta que se revoque efectivamente mi consentimiento, el procesamiento de mis datos personales seguirá siendo legal.

Los detalles se pueden encontrar en nuestra política de privacidad en: <https://microtrace.es/es/contacto/declaracion-de-privacidad/orden-del-laboratorio>
Al firmar abajo, certifico que toda la información suministrada es correcta.

Fecha: _____ **Firma de paciente:** _____ **(Por favor, no se olvide de firmar)**

Barcode H Barcode KH Barcode N