

Doctor: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO BCC

Nombre: _____ Apellidos: _____

Calle: _____ Población: _____

Provincia: _____ N° teléfono: _____

Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____ Peso Kg.: _____ Altura: _____

Ocupación: _____ Sexo: Masculino Femenino

Ha sufrido durante la última semana o de forma recurrente en el último año:

(Marque con un círculo la opción correcta)

1. Urticaria	<u>SI</u>	<u>NO</u>
2. Eccema, eccema infantil	<u>SI</u>	<u>NO</u>
3. Alergias en los ojos y en la nariz	<u>SI</u>	<u>NO</u>
4. Asma bronquial	<u>SI</u>	<u>NO</u>
5. Cefaleas o migrañas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
6. Dolores musculares y/o articulares migratorios	<u>SI</u>	<u>NO</u>
7. Alergias alimenticias	<u>SI</u>	<u>NO</u>
8. Molestias digestivas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
9. Colitis	<u>SI</u>	<u>NO</u>
10. Reglas abundantes, continuas, dolorosas.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>
11. Nerviosismo	<u>SI</u>	<u>NO</u>
12. Taquicardia	<u>SI</u>	<u>NO</u>
13. Adelgazamiento	<u>SI</u>	<u>NO</u>
14. Hipertensión arterial	<u>SI</u>	<u>NO</u>
15. Infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas (rinitis, faringitis, amigdalitis, otitis, sinusitis, bronquitis)	<u>SI</u>	<u>NO</u>
16. Bronquitis asmática	<u>SI</u>	<u>NO</u>
17. Cistitis recurrentes	<u>SI</u>	<u>NO</u>
18. Reglas escasas, irregulares, dolorosas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
19. Molestias intestinales recurrentes	<u>SI</u>	<u>NO</u>
20. Molestias de la circulación venoso y arterial periférica	<u>SI</u>	<u>NO</u>
21. Gastroduodenitis	<u>SI</u>	<u>NO</u>
22. Úlcera gástrica	<u>SI</u>	<u>NO</u>
23. Molestias de la vesícula biliar	<u>SI</u>	<u>NO</u>
24. Artrosis	<u>SI</u>	<u>NO</u>
25. Dolores musculares intensos y siempre en la misma zona	<u>SI</u>	<u>NO</u>
26. Gota, ácido úrico elevado	<u>SI</u>	<u>NO</u>
27. Enfisema pulmonar	<u>SI</u>	<u>NO</u>
28. Molestias de la menopausia	<u>SI</u>	<u>NO</u>

Nombre: _____

29. Insomnio	<u>SI</u>	<u>NO</u>
30. Ansiedad	<u>SI</u>	<u>NO</u>
31. Cambios bruscos de humor	<u>SI</u>	<u>NO</u>
32. Colesterol elevado	<u>SI</u>	<u>NO</u>
33. Convalecencias prolongadas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
34. Traumas físicos o psíquicos	<u>SI</u>	<u>NO</u>
35. Intervenciones quirúrgicas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
36. Procesos inflamatorios o infecciosos de curación lenta, rebeldes a las curas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
37. Falta de glóbulos rojos y/o blancos	<u>SI</u>	<u>NO</u>
38. Otras faltas (minerales, vitaminas, etc...)	<u>SI</u>	<u>NO</u>
39. Enfermedades que afectan a las condiciones generales	<u>SI</u>	<u>NO</u>
40. Depresión	<u>SI</u>	<u>NO</u>
41. Retrasos de desarrollo local o general	<u>SI</u>	<u>NO</u>
42. Impotencia sexual	<u>SI</u>	<u>NO</u>
43. Disfunciones ováricas o del ciclo menstrual	<u>SI</u>	<u>NO</u>
44. Inapetencia	<u>SI</u>	<u>NO</u>
45. Apetito exagerado	<u>SI</u>	<u>NO</u>
46. Malestar antes de las comidas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
47. Somnolencia después de las comidas	<u>SI</u>	<u>NO</u>
48. Diabetes	<u>SI</u>	<u>NO</u>
49. Disfunciones de la tiroides	<u>SI</u>	<u>NO</u>
50. Otras molestias o enfermedades de cierto relieve	<u>SI</u>	<u>NO</u>
51. Si es mujer, está en fase de menopausia	<u>SI</u>	<u>NO</u>
52. Si es mujer, tiene la regla el día de la extracción capilar.....	<u>SI</u>	<u>NO</u>

Adjuntar los resultados de los exámenes realizados recientemente (análisis de sangre, orina, dosis hormonales, etc.), y terapias pasadas, recientes o todavía en curso.

Notas e informaciones útiles para un examen más completo:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el abajo firmante queda informado, y presta su consentimiento para que sus datos personales se incorporen al correspondiente fichero de TEQUIAL, SL, autorizando a ésta el tratamiento de los mismos para su utilización en el desarrollo y ejecución del ANALISIS BCC. La recogida y el tratamiento automatizado de sus datos personales son necesarios para realizar dicho análisis. Asimismo da su consentimiento para que el resultado del mismo sea enviado por correo electrónico.

Le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante TEQUIAL, SL, remitiendo su solicitud por escrito a la siguiente dirección: C/ General Varela, 3, 1º Izda. 28020 Madrid.

Firmado: _____