

DATOS DEL PACIENTE	
> Nombre:	> Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___
> Apellidos:	
> Dirección: Calle: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ País: _____	
> E-mail:	> Telf.:
> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	> Peso: kg > Talla: cm
> Fecha de toma de la muestra: ___ / ___ / ___	> Fumador: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
> Profesión (ambiente laboral):	
DATOS SOBRE EL CABELLO	
> Origen del mismo: <input type="checkbox"/> Cabeza <b>Excepcionalmente:</b> <input type="checkbox"/> Axila <input type="checkbox"/> Pubis	
> ¿Utiliza alguna loción o producto? Especificar: _____	
> Color natural del pelo:	
> Si procede: Fecha última tinción: ___ / ___ / ___ Fecha última permanente: ___ / ___ / ___	
> Indicar si champú que normalmente usa contiene: <input type="checkbox"/> Cinc (Zn) <input type="checkbox"/> Selenio (Se)	
> Patologías: <input type="checkbox"/> Síndrome fatiga crónica <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Astenia / Cansancio <input type="checkbox"/> Caída del pelo <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Otros: _____	
> ¿Realiza deporte o ejercicio físico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO N° veces por semana: _____	
> ¿Toma algún suplemento mineral-vitámico y/o bebidas isotónicas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DATOS DEL MÉDICO	
> Nombre:	> N° Colegiado:
> Centro Médico:	> Mail:
A CUMPLIMENTAR POR EL LABORATORIO	
> Fecha de recepción: ___ / ___ / ___	<b>Pegar etiqueta con código de barras</b>
> Referencia muestra:	
> Observaciones:	