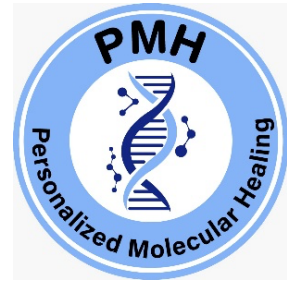


TEST DE ESTRÉS OXIDATIVO



Fecha:

Nombre del paciente:

Edad del paciente:

Responda a cada pregunta según estos parámetros por favor:

A: No B: Si

Coloque la LETRA como respuesta en cada pregunta:

1. ¿Sientes últimamente que envejeces demasiado deprisa?
2. ¿Tienes más dolores en las articulaciones que antes?
3. ¿Sueles tener a menudo “fatiga muscular” con dolor?
4. ¿Tienes problemas para dormir: ¿insomnio, sueño no reparador?
5. ¿Sientes que tienes algún tipo de deterioro de tus facultades cognitivas/mentales?
6. ¿Si consumes alimentos tarde en la noche, se dificulta la digestión?
7. ¿Sientes la piel más envejecida de lo normal últimamente? (arrugas, piel seca, escamosa)
8. ¿Tienes baja tolerancia al estrés cotidiano de tu vida?
9. ¿Tienes uñas débiles, cabello que se cae abundantemente?
10. ¿Padeces de ansiedad, nerviosismo, estados depresivos, desánimo?
11. ¿Te agotas o sientes cansancio tras un esfuerzo físico o mental aunque éste no sea especialmente agotador?
12. ¿Consumes a diario alimentos refinados? como: pan, galletas, enlatados, pastas, pizzas, bollos, etc. (más de 2 veces por semana)
13. ¿Consumes normalmente en tu dieta habitual alimentos preparados/enlatados/en sobre/congelados? (más de 2 veces por semana)
14. ¿Tienes hipertensión o diabetes? (especialmente desarrollada durante estos últimos 5 años)
15. ¿Practicas ejercicio regularmente? (de 2 a 5 veces por semana)
16. Durante el transcurso del último año ¿Haz sufrido disminución de la visión, memoria, atención, nivel de concentración?
17. ¿Notas que puedes empezar a estar padeciendo trastornos que antes no tenías del tipo digestivo como estreñimiento, deficiencia cognitivo o físico?
18. ¿Sufres de alguna enfermedad crónica que te obligue a tomar medicamentos de forma continua o haz tomado últimamente antibióticos?
19. ¿Fumas habitualmente? (entre 10 a 20 cigarrillos diarios)
20. ¿Bebes alcohol con frecuencia? (2 veces a la semana o más)