



INDART Passeig de les Torres, 104 Local 8 - 08191 Rubí (Barcelona) Telf: 931575658 / Email: indartcolectivo@gmail.com

Este cuestionario informatizado permite establecer su Perfil Bionutricional IoMet. Los resultados permiten evaluar sus sobrecargas tóxicas y sus diversas carencias en minerales y vitaminas. Los resultados se enviarán al Centro INDART para que su terapeuta los revise y haga su seguimiento. Si fuera necesario, podrá adaptar un tratamiento bionutricional personalizado.

Nota: El cuestionario y su interpretación han sido elaborados científicamente. La formulación de las preguntas ha sido voluntariamente simplificada para no dejar lugar a dudas.

Fecha:	Nombre y Apellidos:	
Sexo:	Peso:	Altura:

Para realizar este cuestionario marque con una "X" en la casilla al final de cada pregunta con la que SI esté de acuerdo con el enunciado. En las que NO esté de acuerdo simplemente no ponga nada. Puede saltarse también las preguntas que no correspondan a su género o edad.

	SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS	
1	¿Consume carne y/o embutidos más de 5 veces por semana?	
2	¿Consume productos en conserva y/o congelados y/o precocinados más de 2 veces por semana?	
3	¿Consume 2 o más productos lácteos por día: leche, yogurts, queso y/o platos precocinados que contenga productos lácteos (bechamel, gruyere, helados, crema catalana...)?	
4	¿Consume pescado graso o semi-graso (salmón, atún, chicharro, sardinas...) al menos 2 veces por semana o consume complementos alimentarios a base de omega 3 o de aceites de pescado?	
5	¿Condimenta las ensaladas con aceite de oliva virgen presión en frío?	
6	¿Condimenta con otros aceites de primera presión en frío, de tipo girasol o lino, o consume complementos alimentarios a base de aceites vegetales?	
7	¿Consume con regularidad o más de 2 veces por semana platos preparados (pastelería, bollería, platos preparados...)?	
8	¿Come usted en fast-foods, bares o restaurantes más de 3 veces por semana de media?	
9	¿Consume usted más de 2 productos azucarados al día: Galletas, pasteles, barras de cereales, azúcar refinado (2 terrones), bebidas azucaradas o zumos de frutas	

	envasados?	
10	¿Consume al menos una vez al día verduras/hortalizas crudas o fruta?	
11	¿Consume al menos un plato de verduras de temporada (crudas o cocidas al vapor) por día?	
12	¿Consume regularmente productos biológicos o cultivados por usted?	
13	¿Acostumbra cenar en abundancia?	
14	¿Acostumbra comer a horas regulares y con calma?	
15	¿Acostumbra saltarse alguna de las 3 principales comidas (desayuno, comida, cena) más de 1 vez a la semana?	
16	¿Sigue algún régimen hipocalórico con restricción alimentaria?	
17	¿Bebe usted más de 1/2 litro de agua al día fuera de las comidas?	
	SU APARIENCIA Y ENTORNO	
18	¿Tiene usted problemas de piel (seca, rugosa o con tendencia al acné)?	
19	¿Sufre patologías frecuentes de nariz, garganta, oídos (resfriados, sinusitis) o alergias?	
20	¿Pierde el cabello de manera importante?	
21	¿Fuma más de 10 cigarrillos al día y/o bebe regularmente alcohol (más de 2 vasos de vino o más de 1 vaso de bebidas de alta graduación al día)?	
22	¿Tiene más de 3 amalgamas dentales o fundas metálicas en la boca (que no sean de resina)?	
23	¿Vive usted en el centro de una ciudad con mucho tráfico o en una zona industrial?	
24	¿Su tasa de colesterol, de triglicéridos o de ácido úrico es elevada?	
25	¿Se fatiga con facilidad cuando sube a pie las escaleras? ¿Ha sido usted tratado por trastornos cardiovasculares o hipertensión?	
	SU DIGESTIÓN	
26	¿Sufre problemas de tránsito intestinal (diarreas, estreñimiento, hinchazones...)?	
27	¿Tiene dolores de cabeza después de una comida abundante?	
28	¿Tiene habitualmente la lengua blanca o pastosa? ¿Tiene mal aliento?	
29	¿Tiene una digestión lenta o difícil (somnolencia después de las comidas)?	
	SUS TRASTORNOS (SINTOMAS)	
30	¿Sufre dolores musculares crónicos, sufre descalcificación (osteoporosis)?	
31	¿Tiene las encías sensibles, inflamadas o sangrantes?	
32	¿Es friolero/a?	
33	¿Siente con frecuencia el deseo de tomar azúcar o dulces?	
34	¿Se siente fatigado o irritado si se salta una comida o si come más tarde de lo habitual?	
35	¿Sufre regularmente de trastornos agudizados antes de las comidas (nerviosismo, falta de concentración)?	
36	¿Sufre regularmente de vértigos, náuseas o dolores de cabeza?	
37	¿Tiene un modo de vida estresante, con problemas familiares o profesionales?	
38	¿Se siente fatigado, ansioso o nervioso?	
39	¿Tiene un humor depresivo, percibe una pérdida de interés o de placer por las	

	cosas que normalmente le gusta hacer?	
40	¿Tiene dificultades para dormir, un sueño agitado o se despierta por la noche?	
41	¿Sufre dolores de espalda regulares?	
42	¿Tiene manchas cutáneas, arrugas muy marcadas para su edad o una modificación de la elasticidad cutánea?	
43	¿Tiene trastornos de la visión, dificultades de acomodación, cataratas?	
44	¿Sufre dolores periódicos de tipo artrósico o disminución de la movilidad articular?	
45	¿Se siente envejecer anormalmente?	
	RESERVADAS UNICAMENTE PARA LAS MUJERES	
46	¿Sufre trastornos premenstruales (retención de líquidos, sobrepeso, dolores de cabeza, pechos sensibles o irritabilidad)?	
47	¿Toma la píldora o tiene algún otro medio anticonceptivo hormonal (dispositivo intrauterino, implante subcutáneo)?	
48	¿Está embarazada actualmente? ¿Sufre reglas irregulares? ¿Tiene dificultades para quedarse embarazada?	
49	¿Está en periodo de pre-menopausia o menopausia?	
50	¿Tiene pérdidas de flujo blanco, irritaciones, picores vaginales o infecciones genitales?	
	RESERVADAS UNICAMENTE PARA LOS HOMBRES	
51	¿Tiene necesidad de orinar poco y con frecuencia (Más que antes)?	
	RESERVADAS UNICAMENTE PARA LOS NIÑOS	
52	¿Es agitado, hiperactivo?	
53	¿Está en fase aguda de crecimiento?	
	CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO OBLIGATORIO	
54	¿Tiene problemas cutáneos crónicos o frecuentes (eczema, psoriasis, dermatitis atópica...)?	
55	¿Tiene manchas blancas en las uñas?	
56	¿Tiene picores cutáneos frecuentes?	
57	¿Está usted expuesto a poluciones electromagnéticas (ordenador, televisión, teléfono móvil, línea alta tensión, horno microondas...)?	
58	Practica usted poco o ninguna actividad física (menos de 1 h 30 por semana)?	
59	¿Tiene una concentración de grasa, especialmente en la parte superior del cuerpo (por encima de la cintura)?	
60	¿Transpira de manera importante (manos, pies, axilas) durante el día o sufre de sudores nocturnos?	
61	¿Se siente frecuentemente hinchado, tiene flatulencias o dolores intestinales (Colitis)?	
62	¿Se despierta regularmente a las 2 horas de haberse acostado?	
63	¿Ha seguido algún tratamiento antibiótico durante más de 1 mes o durante periodos más cortos pero repetidos durante los últimos 6 meses?	
64	¿Sufre regularmente de picores anales o genitales?	
65	¿Tiene caries, aftas o dientes descarnados?	
66	¿Sufre calambres musculares, tendinitis o agujetas?	

67	¿Tiene regularmente escozores o infecciones urinarias?	
68	¿Tiene el cabello y la tez frágiles?	
69	¿Sufre de somnolencia o se siente incómodo habitualmente después de comer?	
70	¿Está sujeto a dolores musculares, espasmodia o tetania?	
71	¿Siente la necesidad de tomar estimulantes (café, té, alcohol, chocolate, Coca-Cola...)?	
72	¿Siente que tiene « ataques de hambre » antes de las comidas?	
73	¿Tiene problemas de memoria o de concentración?	
74	¿Sufre pérdidas de energía, agotamiento nervioso periódico?	
75	¿Siente un sentimiento de desvalorización o una falta de confianza en sí mismo?	
76	¿Ha sufrido recientemente algún acontecimiento grave particularmente estresante y/o que no consigue superar psicológicamente?	
77	¿Recuerda mejor acontecimientos antiguos que recientes?	
78	¿Sufre trastornos del equilibrio, vértigos, zumbidos u oye peor que antes?	
79	¿Sigue algún tratamiento médico regular (que no sea homeopatía, nutriterapia)?	
80	¿Ha estado expuesto de manera excesiva a sol o ha sufrido más de 15 insolaciones/quemaduras solares en su vida?	
81	¿Tiene las articulaciones rígidas, es lento su despertar muscular y articular?	

El cuestionario y su interpretación han sido elaborados científicamente. La formulación de las preguntas ha sido voluntariamente simplificada para no dejar lugar a dudas.

El arriba declarante presta su consentimiento expreso para que los datos personales recogidos sean incorporados y tratados en un fichero automatizado propiedad de Laboratorios Nutergia, cuya finalidad es la elaboración de su perfil bionutricional. Usted presta su consentimiento expreso para que la información facilitada y/o resultado de su tratamiento sea cedido a su centro terapéutico.

