BALANCE DE SALUD
Datos personales

Nombre y apellidos:			
Edad:			
Altura:			
Peso:			
TA:			
FC:			

Antecedentes médicos			
Medicación:			
Nombre o sustancia activa:			
Dosificación y programación:			
¿Desde cuándo?			

Enfermedades/ intervenciones	**Sí**	**No**	**Año**
Úlcera y/o acidez gástrica			
Otras alteraciones digestivas			
Estreñimiento			
Hígado			
Hepatitis A, B, C			
Diabetes (tipo I o II)			
Tiroides			
Riñón			
Sistema respiratorio			
Asma			
Cardiovascular			
Piel			
Sistema reproductivo			
Menopausia			
Trastornos osteomusculares			
Hernia discal			
Ojos y oídos			
Cirugía			
Prótesis de cadera			
Anestesia General			
Anestesia local (especificar)			
Fracturas			
Migrañas			
Alergias			
Hipertensión			
Hipotensión			
Colesterol alto			

Enfermedades/intervenciones	Sí	No	Año
Glucosa en la sangre altos			
Hipertiroidismo Hipotiroidismo			
Antibiótico los últimos 6 meses			
Sufre de vértigo/mareos			
Otros			

Fecha de la última analítica de sangre:
Valores alterados:

Actividad física
Actividades que practica:
¿Cuántas horas semanales?

Factores de riesgo	Sí	No	Cantidad/ día
Nicotina (cigarrillos, cigarros, pipa)			
Alcohol (aguardiente de vino, cerveza)			
Café			
Té			
Antecedentes Familiares de Riesgo			

Evolución del peso	Sí	No	Desde cuándo
Mi peso aumenta			
Mi peso es estable (+/-3 kg)			
Mi peso disminuye			
Comidas regulares			
Sudoración			

Factores de sensibilidad	Sí	No	¿Cuánto?*
Hipersensibilidad al frío y caliente			
Sensibilidad a los cambios de clima			
Nerviosismo			
Estrés			

*Valores del 5 (máximo) al 1 (mínimo) en función de la intensidad

Sueño	Sí	No
Bueno		
Malo		
Frecuentes despertares		
Dificultad para dormirse		
Despertar antes de la hora		

Factores alimenticios		
¿Cuántas veces come al día?		
¿Sensación de sed?		
¿Cuántas veces come fruta/verdura al día?		
¿Cuántos días por semana come fuera de casa?		

En relación al Balance de Salud, al incluir en el mismo el aviso legal que ya os entregamos y que reproduzco a continuación:

MI AYUNO, S.L. (en adelante, "MiAyuno") es el responsable del tratamiento de los datos personales facilitados por medio de este cuestionario, los cuales serán tratados para evaluar las condiciones en que usted participa en el programa MiAyuno. La base jurídica del tratamiento es su necesidad para fines de diagnóstico médico (art. 9.2.h RGPD) en relación con la ejecución de un contrato en el que usted es parte (art. 6.1.b RGPD). Los datos serán objeto de tratamiento hasta la finalización del programa y, tras ello, permanecerán debidamente bloqueados durante los plazos de conservación y de prescripción de responsabilidades legalmente establecidos.

MiAyuno podrá comunicar sus datos a Administraciones Públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y a profesionales sanitarios para que puedan llevar a cabo la evaluación de sus respuestas al cuestionario.

Usted puede ejercer ante MiAyuno sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición mediante correo electrónico dirigido a dpd@miayuno.es o bien mediante escrito dirigido a Paseo Marítimo, núm. 60, portal C, 08860 – Castelldefels (Barcelona). MiAyuno ha designado a un Delegado de Protección de Datos, con el cual puede contactarse en dpd@miayuno.es. En todo caso, usted tiene derecho a presentar una reclamación ante la correspondiente autoridad de control si lo estima oportuno.

El cliente os da a vosotros directamente los datos de salud contenidos en el cuestionario. Después, entre el profesional sanitario que evalúe dichos datos y MiAyuno debe existir un contrato de tratamiento de datos por cuenta de tercero. Adjunto dicho contrato.

Contraindicaciones del ayuno
Este programa está dirigido a personas adultas que gocen de buena salud. Está estrictamente contraindicado durante el embarazo, la lactancia, úlceras (de estómago o duodeno), trastornos psiquiátricos, alteraciones alimenticias, diabetes tipo 1 y delgadez excesiva.

Consentimiento
Declaro estar en posesión de buena salud, en condiciones físicas aptas para realizar las actividades descritas en el programa, y soy consciente de los riesgos y las contraindicaciones del ayuno.

_____

Firma