

ENCUESTA DE SALUD

1. ¿USTED CONOCE DENTRO DE SU FAMILIA O FUERA DE ELLA, A ALGUIEN CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

	PARENTESCO		PARENTESCO
<input type="checkbox"/> LUPUS	_____	<input type="checkbox"/> DIABETES	_____
<input type="checkbox"/> GASTRITIS	_____	<input type="checkbox"/> COLITIS	_____
<input type="checkbox"/> LEUCEMIA	_____	<input type="checkbox"/> AUTISMO	_____
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	_____	<input type="checkbox"/> ALZHEIMER	_____
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	_____	<input type="checkbox"/> ESQUIZOFRENIA	_____
<input type="checkbox"/> ESTRÉS	_____	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	_____
<input type="checkbox"/> CÁNCER	_____	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	_____

2. ¿HA ESCUCHADO HABLAR DEL GLUTATIÓN? _____

3. ¿QUÉ ES LO QUE HA ESCUCHADO ACERCA DEL GLUTATIÓN?

4. SI EL LABORATORIO CANADIENSE EN EL CUAL COLABORO, TUVIERA INFORMACIÓN NUTRICIONAL PARA ESE PADECIMIENTO... ¿LE INTERESARÍA QUE SE LA PROPORCIONÁRAMOS SIN NINGÚN COMPROMISO? _____

5. ¿CUENTA CON WHATSAPP PARA ENVIARLE INFORMACIÓN?

6. ¿EN QUÉ HORARIO PUEDE ALGÚN EJECUTIVO DEL LABORATORIO O YO MISMA (O), ENVIARLE LA INFORMACIÓN PARA PODER INTERACTUAR EN CASO DE QUE TENGA ALGUNA DUDA?... RECUERDE QUE ES SIN NINGÚN COMPROMISO

NOMBRE _____

EDAD: _____

¡GRACIAS POR TU TIEMPO ¡