

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Dirección

Población Provincia

C.P. Fecha de nacimiento

Teléfono fijo Teléfono móvil

e-mail

Estado Civil Nº hijos

2. ¿CUAL DE ESTOS SERVICIOS DE ASESORAMIENTO TE PARECE MÁS INTERESANTE?

- Asesoramiento cosmético
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Asesoramiento en productos infantiles
- Asesoramiento en homeopatía
- Asesoramiento en dietas y nutrición
- Asesoramiento en medicina natural y herboristería

3. ¿QUÉ HACES PARA CUIDAR TU SALUD?

- Hago deporte habitualmente
- Leo toda la información que cae en mis manos
- Acudo al médico ante cualquier síntoma
- Realizo analíticas y chequeos periódicos
- Controlo mi alimentación
- Ninguna de las anteriores

4. ¿SOBRE QUE TEMAS TE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN?

- Cuidado de la vista Dietas personalizadas
- Plantas medicinales Homeopatía
- Colesterol Ninguno
- Otros

5. ¿ERES FUMADOR/A?

- Si No

6. ¿CUIDA SU PESO HABITUALMENTE?

- Si No

7. ¿QUÉ PARTES DE TU ASPECTO CUIDAS MÁS?

- Cabello Rostro
- Piel Manos
- Dientes Pies

8. ¿CUANTAS VECES NECESITAS ACUDIR A LAS FARMACIAS?

- Una vez en semana Una vez cada 15 días
- Una vez al mes Una vez cada 2 meses
- Una vez cada tres meses Una vez cada seis meses

FECHA

FIRMA DEL CLIENTE