

TMI Trace Minerals International Laboratory

good chemistry for better health

1711 Pearl Street; Suite 200
Boulder, CO 80302
USA

teléfono: +1 (720) 325-2652
fax: +1 (720) 325-2653

service@tracemin.com
http://www.tracemin.com



FORMULARIO DE ENVÍO: ORINA

Clínica / Médico solicitante: _____

Si es un cliente nuevo o ha cambiado la información de contacto, rellene los campos de la página 2.

Nombre y Apellido del paciente: _____

Calle: _____ Ciudad: _____

Estado/Provincia: _____ Código postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Solamente si el informe será enviado al paciente (por favor, escriba con letras mayúsculas)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: h m profesión: _____

La fecha de nacimiento y el sexo son informaciones necesarias para la determinación de la creatinina en la orina.

Siga las instrucciones para la toma de la muestra especificadas en el dorso. Use sólo envases libres de metales. No nos hacemos responsables de los resultados si se han usado envases contaminados, si la muestra se ha tomada mal o si se ha facilitado información errónea o inadecuada.

Fecha: _____ Firma de paciente: _____

(Por favor, no se olvide de firmar)

SOLICITUD DE MINERALOGRAMA DE ORINA:

Perfil estándar (P1) 28 Elementos

Probado son los elementos siguientes, además de Creatinina:

Aluminio, Antimonio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Bismuto, Cadmio, Calcio, Cinc, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Germanio, Hierro, Litio, Magnesio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Plata, Platino, Plomo, Selenio, Talio, Vanadio

Perfil de nutrientes y tóxicos (P6) 35 Elementos

Ideal para EDTA

Probado son los elementos siguientes, además de Creatinina:

Aluminio, Antimonio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Bismuto, Cadmio, Calcio, Cesio, Cinc, Circonio, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Galio, Germanio, Hierro, Litio, Magnesio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Paladio, Plata, Platino, Plomo, Selenio, Talio, Titanio, Tungsteno, Uranio, Vanadio

Perfil dental y ambiental (P40) 34 Elementos

Ideal para DMPS o DMSA

Probado son los elementos siguientes, además de Creatinina:

Aluminio, Arsénico-total, Bario, Berilio, Boro, Cadmio, Cerio, Cesio, Cinc, Circonio, Cobalto, Cobre, Cromo, Estaño, Estroncio, Gadolinio, Galio, Iridio, Manganeso, Mercurio, Molibdeno, Níquel, Paladio, Plata, Platino, Plomo, Rodio, Selenio, Talio, Tantalio, Titanio, Uranio, Vanadio, Yodo

Oro

Oro en orina de referencia

Oro en post-quelación

Al enviar la orina de referencia y la de la post-quelación, obtendrá un 10% de descuento. Por favor, haga una nota de en el prepago.

© 2014-2016 TMI V1.03

Elementos adicionales solicitados o comentarios. Por favor, consígnelos:

Enviar el informe a:	Hospital/Médico	Paciente	ambas direcciones (sobrecarga del \$ 5.95)
Enviar el informe por:	Correo	E-mail	Fax
	Informe solo	Informe de comparación	Resultado

*** pasar página ***

Códigos de los síntomas (marque los 3 principales):

1 Adicciones	8 Cardíacos	15 Diabetes	22 Colesterol	29 Leucemia	36 PMS
2 Alergias	9 Oculares	16 Auditivos	23 Hipertensión	30 Esclerosis múltiple	37 Próstata
3 Anemia	10 Constipación	17 Epilepsia	24 Hipertiroidismo	31 Distrofia muscular	38 Escoliosis
4 Alopecia	11 Diarrea / Enf. Crón	18 Fatiga	25 Hipoglucemia	32 Obesidad	39 Digestivos
5 Asma	12 Fibrosis quística	19 Genito/Urinario	26 Hipotiroidismo	33 Osteoporosis	40 Autismo/Asperger
6 Artritis	13 Depresión	20 Dolores de cabeza	27 Inmunodeficiencia	34 Parkinson	41 _____
7 Cáncer	14 Dermatológicos	21 Hiperactividad	28 Aprendizaje	35 Flebitis	42 _____

Material para el análisis: **5-7ml Orina** previa a la quelación, muestra de referencia basada en los

5-7ml Orina _____ h **tiempo total de la recogida**
(tiempo entre la toma del quelante y la recogida de la muestra)

Tipo de quelación: DMPS oral (_____)
 (**cantidad**) DMPS i.v. Dimaval Unithiol (_____)
 DMSA oral DMSA i.v. (Fabricante) (_____)
 EDTA oral EDTA Supp (_____)
 NaMgEDTA i.v. NaCaEDTA i.v. (_____)
 ZnDTPA i.v. (_____)

otro agente quelante (Tipo de lista y la cantidad): _____

Díganos qué quelador o agente quelante (terapia de la combinación) fueron utilizados y en qué cantidad. Puesto que la capacidad de conexión de los agentes quelantes es muy individual, su información nos ayudará a cuantificar valores extremos posibles. Esto es importante para la evaluación de informe.

Cantidad de tratamientos de la desintoxicación realizados hasta ahora: _____

El paciente es un fumador: Sí No

Fecha de la toma de la muestra: _____ **Fecha de envío:** _____

Valor orientativo: No mostrar en el reporte



Pregunte a su médico sobre el Protocolo de Recogida de Orina adecuado.

Si es un cliente nuevo o han cambiado sus datos,

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

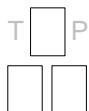
Sello del hospital / médico

Método de	Factura a:	Hospital/Médico	Paciente
Tarjeta de crédito	VISA Mastercard	número: _____	_____
Válida hasta (MM/YY):	Código de 3 dígitos:	_____	Firma: _____
Transferencia bancaria hecha en:	_____	por \$:	_____
	El pago se ha efectuado en la dirección: service@tracemin.com		
Es necesario prepagó o tarjeta de crédito. De otro modo, se retendrán las muestras hasta que se reciba el pago.			

Barcode UB

Barcode UA/UE/UPx/UZx

Barcode UR



Este formulario también puede rellenarse en el PC. Por favor, visite: <http://www.tracemin.com/es/formulario-de-pedido/>

