

Cuestionario de evaluación inicial

Longevity Intelligence™

Antes de tu primera consulta necesitamos conocer tus antecedentes, estilo de vida, objetivos y situación actual. Esta información permite a nuestro equipo médico interpretar tus biomarcadores y pruebas dentro de tu contexto clínico.

Tiempo estimado: 5–10 minutos.

Puedes completarlo desde el móvil, la tablet o el ordenador. Guarda el PDF antes de enviarlo.

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Email

Teléfono

Profesión

2. MOTIVO DE CONSULTA

¿Cuál es tu principal motivo para realizar Longevity Intelligence™?

¿Qué aspectos te gustaría mejorar? (puedes marcar varios)

☐ Prevención y longevidad

☐ Energía / fatiga

☐ Salud cardiovascular

☐ Peso / composición corporal

☐ Rendimiento físico

☐ Salud hormonal

☐ Función cognitiva

☐ Sueño

☐ Salud digestiva

☐ Fertilidad / salud reproductiva

☐ Otro

¿Cómo valorarías actualmente tu estado general de salud?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. HISTORIA CLÍNICA

Enfermedades actuales o previas

Cirugías e ingresos hospitalarios

Alergias

Antecedentes familiares relevantes

☐ Enfermedad cardiovascular

☐ Diabetes

☐ Cáncer

☐ Alzheimer / demencia

☐ Osteoporosis

☐ Otras

Detalle de los antecedentes familiares marcados

4. MEDICACIÓN Y SUPLEMENTOS

Medicamentos actuales y dosis

Suplementos actuales y dosis

Tratamientos hormonales actuales o previos

5. ESTILO DE VIDA

Tabaco

☐ Nunca

☐ Exfumador

☐ Fumador actual

Alcohol: consumo aproximado semanal

Tipo de alimentación

Actividad física: tipo

Días por semana

Duración por sesión

6. SUEÑO Y RECUPERACIÓN

Horas de sueño habituales

¿Te despiertas descansado?

Calidad del sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿Roncas?

☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé
--------------------------	--------------------------	--------------------------------

¿Tienes apnea del sueño diagnosticada o sospechada?

☐ Diagnosticada	☐ Sospechada	☐ No
-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------

7. ENERGÍA, ESTRÉS Y FUNCIÓN COGNITIVA

Nivel de energía

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nivel de estrés

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Marca si presentas alguno de estos síntomas

☐ Fatiga	☐ Falta de concentración	☐ Brain fog
☐ Problemas de memoria	☐ Cambios de ánimo	☐ Ansiedad
☐ Disminución de motivación		

8. SALUD HORMONAL

Completa únicamente el apartado que corresponda según el sexo indicado en el apartado 1.

HOMBRES

Libido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Función eréctil

☐ Sin cambios	☐ Cambios leves	☐ Cambios importantes
-----------------------------------	-------------------------------------	---

Erecciones matutinas

☐ Habituales	☐ Ocasionales	☐ Ausentes
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Energía y fuerza muscular

☐ Sin cambios	☐ Disminuidas	☐ Muy disminuidas
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

Deseo reproductivo

☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé
--------------------------	--------------------------	--------------------------------

MUJERES

Ciclo menstrual (regularidad, duración, fecha de la última regla)

Situación actual

☐ Ciclo regular ☐ Perimenopausia ☐ Menopausia

Menstruaciones abundantes

☐ Sí ☐ No ☐ No procede

Sofocos

☐ No ☐ Ocasionales ☐ Frecuentes

Libido

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Deseo reproductivo

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

9. SALUD CARDIOVASCULAR

Antecedentes

☐ Hipertensión ☐ Colesterol elevado ☐ Enfermedad cardiovascular

Síntomas actuales

☐ Dolor torácico ☐ Palpitaciones ☐ Disnea (falta de aire)
☐ Mareos o síncope ☐ Edemas (hinchazón) ☐ Ninguno

Pruebas cardiovasculares realizadas previamente (tipo y fecha aproximada)

10. CAPACIDAD FÍSICA

Nivel de actividad física

☐ Sedentario ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Alto

Deporte practicado

Lesiones o limitaciones

VO2max previo, si dispones de él

11. DATOS ACTUALES

Peso (kg)

Altura (cm)

Presión arterial (mmHg)

FC en reposo (lpm)

Estas mediciones serán verificadas durante la evaluación clínica.

12. DOCUMENTACIÓN MÉDICA

¿Dispones de analíticas o pruebas médicas recientes?

☐ Sí

☐ No

Marca la documentación que puedes aportar

☐ Analíticas

☐ ECG

☐ DEXA

☐ Prueba de esfuerzo / VO2max

☐ Ecocardiografía

☐ Informes médicos

☐ Otros estudios

Podrás adjuntar los archivos (PDF, JPG o PNG) al enviar este cuestionario desde nuestra web.

13. TUS OBJETIVOS

Si pudieras mejorar tres aspectos de tu salud durante los próximos 12 meses, ¿cuáles serían?

1

2

3

14. FINALIZAR

☐ Confirmando que la información proporcionada es correcta.

☐ He leído y acepto la Política de Privacidad y el tratamiento de mis datos de salud para la prestación del servicio solicitado.

Fecha

Nombre y apellidos

Guarda el PDF cumplimentado y envíalo desde longevitybcn.com/longevity-intelligence/