

Evaluación de estilo de vida y bienestar

Nombre

Correo electrónico

Teléfono



¿Alguna vez has hecho una medición de tu nivel de antioxidantes carotenoides?

☐ Sí ☐ No

¿Cuánto sabes sobre el papel que tienen los antioxidantes en tu bienestar general?

☐ No mucho ☐ Un poco ☐ Bastante

¿Cuál es tu principal preocupación sobre bienestar?

¿Cuántas porciones de frutas frescas y verduras comes por día?

☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10+

¿Con qué frecuencia fumas?

☐ Nunca ☐ Diario ☐ Semanalmente

Preocupaciones adicionales o áreas de mejora:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bienestar general | <input type="checkbox"/> Niveles de energía | <input type="checkbox"/> Calidad de sueño |
| <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Recuperación | <input type="checkbox"/> Salud cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Envejecimiento prematuro | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Función inmunológica |





¿Por qué sí o por qué no?

¿Tomas suplementos?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el costo mensual de tus suplementos ?

¿Funcionan tus suplementos?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro(a)

¿Qué tan motivado estás para resolver tus preocupaciones?

☐ Mucho ☐ Medio ☐ Altamente ☐ No lo sé

¿Te interesa aprender más sobre que suplementos nutricionales pueden ayudarte en tu bienestar?

☐ Sí ☐ No

¿Cuánto estás dispuesto (a) a invertir en tu bienestar nutricional por día?

☐ \$1 USD ☐ \$3 USD ☐ \$5 USD ☐ \$6+ USD

