

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:

Bienestar general

Niveles de energía

Calidad de sueño

Distensión abdominal

Recuperación

Salud cardíaca

Envejecimiento prematuro

Estrés

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

