



## Laboratorio Micro Trace Minerals

Más de 40 años de análisis  
ambiental en todo el mundo

Röhrenstrasse 20  
91217 Hersbruck  
Germany

teléfono: +49 (0) 9151/4332  
fax: +49 (0) 9151/2306

[info@microtrace.es](mailto:info@microtrace.es)  
<https://microtrace.es>



### FORMULARIO DE ENVÍO:

#### Contaminantes Ambientales Orgánicos / Contaminantes Ambientales

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:

Código postal:

Ciudad:

Estado/Provincia:

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:

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.

#### Análisis Simple

Diclorodifenildicloroetileno (DDE)	5ml EDTA Sangre	97.39 €
Diclorofeniltricloroetano (DDT)	5ml EDTA Sangre	97.39 €
Fluoruro	1ml Suero	25.75 €
Fluoruro	10ml Orina	25.75 €
Formato, el metabolito del Formaldehido	10ml Orina	22.69 €
Glifosato	10ml Orina	97.39 €
Lindano (Hexaclorociclohexano - gamma-HCH)	5ml Sangre de heparina	97.39 €
Pentaclorofenol (PCF)	4ml Suero	97.39 €
Pentaclorofenol (PCF)	10ml Orina	97.39 €
Permetrina	5ml Sangre de heparina	68.18 €
Bifenilo Policlorado (BPC)	10ml Sangre de heparina	76.70 €
Hidrocarburos Policíclicos Aromáticos (HPA)	10ml Sangre de heparina	76.70 €
Piretroides (Metabolito 1-4)	10ml Orina	292.00 €
Piretroides (Metabolito 1-4) y Permetrina	10ml Orina, 5ml Sangre de heparina	360.00 €

#### Perfiles

Perfil Tóxico 1	10ml Orina, 10ml Sangre de heparina	188.50 €
Perfil Tóxico 2	10ml Orina, 10ml Sangre de heparina	278.00 €
Perfil Ambiental Orgánico 1	5ml EDTA Sangre, 4ml Suero	179.80 €
Contaminante Ambiental Perfil 2	5ml Sangre de heparina, 10ml Orina	359.00 €

\*\*\* 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 _____

Enviar el informe a: Hospital/Médico Paciente ambas direcciones (sobrecarga del € 9,95)  
 Enviar el informe por: Correo E-mail Fax  
 Informe solo Informe de comparación Resultado \_\_\_\_\_

**Observaciones:**


---



---

**Si es un cliente nuevo o han cambiado sus datos,**

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

o

**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: \_\_\_\_\_  
 Transferencia bancaria hecha en: \_\_\_\_\_ por € \_\_\_\_\_  
**El pago se ha efectuado en la dirección: [service@microtrace.de](mailto:service@microtrace.de)**

**Es necesario prepago o tarjeta de crédito. De otro modo, se retendrán las muestras hasta que se reciba el pago.**

**Consentimiento informado para la protección de datos**

Doy mi consentimiento para que mi muestra sea recogida por el médico responsable o terapeuta alternativo, y sea transmitida a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") con el fin de poseer y realizar la prueba que he solicitado. Además, estoy de acuerdo en que MTM envíe mi muestra de material, mi nombre y mi fecha de nacimiento a laboratorios especializados en Alemania para llevar a cabo la prueba que he solicitado y en que MTM sea notificada del resultado. Si deseo enviar el resultado de la prueba de MTM al médico responsable o al terapeuta alternativo, acepto que él / ella vean el resultado de la prueba para establecer un diagnóstico. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento al médico responsable o terapeuta alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Hasta que se revoque efectivamente mi consentimiento, el procesamiento de mis datos personales seguirá siendo legal.

Los detalles se pueden encontrar en nuestra política de privacidad en:

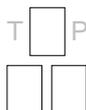
Al firmar abajo, certifico que toda la información suministrada es correcta.

Fecha: \_\_\_\_\_ **Firma de paciente:** \_\_\_\_\_   
 (Por favor, no se olvide de firmar)

Barcode EOHU

Barcode EOHB

Barcode EOHS



Este formulario también puede rellenarse en el PC. Por favor, visite: <https://microtrace.es/es/formulario-de-pedido/>

