



Hipertensión

NOMBRES

TELÉFONOS

E-MAIL

N. Interés

C A N

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Problemas cardíacos

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Diabetes

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Mala circulación

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Vena varice

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Artritis

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L



Artrosis

NOMBRES

TELÉFONOS

E-MAIL

N. Interés

C A N

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Hosteoporosis

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Problemas de columna

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Dolor en los huesos

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Problemas digestivos

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Colón irritable

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L



Estreñimiento

NOMBRES

TELÉFONOS

E-MAIL

N. Interés

C

A

N

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Mala digestión

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Reflujo

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Gastritis

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Sobre peso

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Grasa corporal

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L



Celulitis

NOMBRES

TELÉFONOS

E-MAIL

N. Interés

C A N

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Problemas de próstata (hombres)

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Menopausia

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Problemas renales

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Cansancio

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L

Fatiga

1 _____

L

2 _____

L

3 _____

L



Estrés

NOMBRES	TELÉFONOS	E-MAIL	N. Interés	C	A	N
1 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolor de cabeza

1 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cabello ,piel uñas

1 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perdida de memoria

1 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros

1 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 _____	_____	_____	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>