

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Lugar de nacimiento: _____ **Hora aproximada de nacimiento:** _____

Teléfono: _____ **Email:** _____

¿Ha perdido algún órgano o extremidad? Si _____ No _____ **¿Cuál o cuáles?** _____

¿Toma medicamentos, suplementos, inyecciones o cualquier tipo de pastillas o remedios? Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

Número de cigarrillos que fuma al día: _____

¿Ha tomado esteroides (prednisona, dexametasona, betametasona, etc.) el último año? Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

Número de empastes metálicos durante el último año (amalgamas, coronas, etc.)

¿Ha tomado algún estupefaciente el último mes? Si _____ No _____

¿Cuál o cuáles? _____

¿Es alérgico a algo (medicamento, alimento, etc)? Si _____ No _____ **¿A qué?** _____

¿Tiene usted algún pendiente con alguna persona (viva o muerta) tales como resentimiento, pelea, disgusto o algún sentimiento que no esté resuelto?

Califique de 0 a 10, qué tan responsable es de su cuerpo _____

¿Qué tanta grasa ingiere en su dieta diaria? Casi nada ____ Poquita ____ Medio ____ Bastante ____ Mucha ____

Del 1 al 10 ¿Qué tan estresado se siente? _____

¿Qué tanta azúcar ingiere al día? Casi nada ____ Poquita ____ Medio ____ Bastante ____ Mucha ____

¿Cuántos días a la semana hace al menos 30 minutos de ejercicio?

1 2 3 4 5 6 7

¿Toma alcohol? Sí _____ No _____ **¿Con qué frecuencia?** _____

¿Cuánto? _____

¿Cuántas tazas de café o té toma al día? _____

¿En su vida diaria se encuentra expuesto a agentes tóxicos como insecticidas, químicos o radiación?

Sí ____ No ____

¿A qué? _____

Número de traumas en el pasado (golpes fuertes, cirugías donde no le hayan quitado un órgano, fracturas, accidentes automovilísticos, fallecimientos de algún familiar, despidos, etc.)

¿Tiene infecciones recurrentes que sean muy fuertes? Sí ____ No ____

¿Cuáles? _____

¿Cuánta agua toma al día? _____ ¿Considera que tiene sobrepeso? _____

¿Cómo cuantos kilos considera que tiene de más? ____ ¿Tiene problemas del azúcar? Si ____ No ____

¿Desde cuándo? _____

¿Qué medicamento (alópata o naturista) toma? _____

¿Tiene problemas de la presión? Si ____ No ____ ¿Desde cuándo? _____

¿Qué medicamento (alópata o naturista) toma? _____

¿Tiene problemas de colesterol o triglicéridos? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Qué medicamento (alópata o naturista) toma? _____

¿Padece de crisis epilépticas o convulsiones? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Qué medicamento (alópata o naturista) toma? _____

¿Tiene problemas del corazón? Si ____ No ____

¿Qué problemas? _____

¿Desde cuándo? _____

¿Qué medicamento (alópata o naturista) toma? _____

¿Utiliza marcapasos? Si ____ No ____ ¿Cuántas horas duerme al día? _____

¿Tiene algún problema para dormir? _____

¿Tiene problemas de la columna (escoliosis, hernias de disco, cirugías, etc.)? Si ____ No ____

¿Qué problemas tiene? _____

¿Cuáles son sus cuidados? _____

¿Tiene o algún médico le ha dicho que tenga pólipos o divertículos en el intestino? Si ____ No ____

¿Alguna otra enfermedad en el intestino que tenga? _____

¿Padece de alguna enfermedad como artritis o lupus? ____ ¿Tiene alguna herida abierta? Si ____ No ____

¿Alguna otra enfermedad que tenga? _____

¿Algún otro medicamento (alópata o naturista) que tome? _____