# Formulario de Admisión de Hidroterapia de Colon de Salud

***POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE*** **Toda la información es de uso exclusivo de la oficina.**

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección completa _____

Correo electrónico (para boletines y ofertas especiales) _____

Ocupación _____ ¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Información de contacto de emergencia _____

Metas personales relacionadas con los servicios _____

Militar (pasado o presente) o familiar inmediato de un militar _____

Clientes de hidroterapia de colon: ¿Es esta su primera sesión? sí___ no___ Si no, ¿cuándo y dónde fue la última? _____

## SALUD GENERAL

¿Ha sido hospitalizado/a? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Le han diagnosticado una enfermedad importante? sí___ no___ ¿Cuándo? _____ ¿Cuál? _____

_____

Explique cualquier tratamiento médico que esté recibiendo actualmente. _____

_____

Mencione los medicamentos que toma y para qué. _____

_____

Mencione los suplementos que toma y para qué. _____

_____

Mencione cualquier “programa” que esté siguiendo. Ej.: ayuno, pérdida de peso, nutrición, etc. _____

_____

Mencione todas sus alergias. _____

_____

¿Está embarazada actualmente? sí___ no___

¿Cuántos embarazos? _____ a término _____ aborto espontáneo _____ aborto inducido _____

¿Aumentó de peso adicional con cada embarazo? sí___ no___

¿Perdió el peso del embarazo después de cada hijo/a? sí___ no___

¿Con qué frecuencia evacua? _____ ¿Estreñimiento? sí___ no___ _____

¿Tiene piezas quirúrgicas de metal en su cuerpo? sí___ no___

¿Tiene actualmente, o ha tenido en el pasado, alguna de las siguientes condiciones? Escriba **A** si es Actual o **P** si es Pasada:

____ Gases/dolor abdominal
____ Hernia abdominal
____ Reflujo ácido
____ SIDA/VIH
____ Sangrado anal
____ Molestia/picazón anal
____ Ansiedad
____ Anemia
____ Aneurisma
____ Anorexia
____ Apendicitis
____ Artritis
____ Asma
____ Colon atónico
____ Trastorno autoinmune
____ Mal aliento
____ Eructos
____ Hinchazón, en general
____ Hinchazón después de comer
____ Presión arterial alta/baja
____ Azúcar en la sangre alta/baja
____ Bulimia
____ Cáncer: tipo _____
____ Candida
____ Enfermedad celíaca
____ Colesterol alto/bajo
____ Fatiga crónica
____ Dolor crónico
____ Cirrosis
____ Colitis
____ Insuficiencia cardíaca congestiva
____ Enfermedad contagiosa
____ Estreñimiento
____ Calambres
____ Enfermedad de Crohn
____ Depresión
____ Diabetes
____ Diálisis
____ Diarrea
____ Diverticulosis
____ Diverticulitis
____ Mareos
____ Eccema
____ Edema
____ Alergias ambientales
____ Epilepsia
____ Virus de Epstein-Barr
____ Aumento/pérdida de peso extrema
____ Desmayos
____ Fatiga después de comer
____ Fiebre/escalofríos
____ Fibromialgia
____ Quistes fibroides
____ Fisura/fístula
____ Cálculos biliares
____ Dolores de cabeza/migrañas
____ Afección cardíaca
____ Hemorroides
____ SII (síndrome del intestino irritable)
____ Indigestión
____ Perforación intestinal
____ Período irregular
____ Trastorno renal
____ Cálculos renales
____ Trastorno hepático
____ Pérdida de sueño
____ Libido baja
____ Trastorno pulmonar
____ Lupus
____ Enfermedad de Lyme
____ Toxicidad por metales
____ Menopausia
____ Trastorno mental
____ Náuseas
____ Osteopenia
____ Osteoporosis
____ Marcapasos
____ Parásitos
____ SPM (síndrome premenstrual)
____ Pólipo
____ Colon prolapsado
____ Trastorno de la próstata
____ Cirugía reciente
____ Sangrado rectal
____ Insuficiencia renal
____ Convulsiones
____ Afección de los senos nasales
____ Afección de la piel
____ Colon espástico
____ Sudoración
____ Trastorno de la tiroides
____ Úlcera
____ Infección del tracto urinario
____ Vómitos
____ Otro: _____

## ALIMENTACIÓN

¿Usted es: vegano/a ___ vegetariano/a ___ omnívoro/a (come proteína animal) ___

¿Desea cambiar? _____ ¿A cuál grupo? _____ ¿Por qué? _____

Desayuno habitual _____

Almuerzo habitual _____

Cena habitual _____

Merienda habitual _____

Mencione los antojos que tiene con regularidad _____

¿Tiene sensibilidad a alguno de los siguientes?

___ lactosa ___ caseína ___ trigo ___ gluten ___ solanáceas ___ aditivos ___ colorantes ___ glutamato monosódico (MSG) ___ conservantes ___ látex

___ pescado ___ cerdo ___ carne de res ___ pollo ___ pavo ___ pimientos ___ berenjena ___ papas ___ tomates

¿Ha sufrido algún trauma físico y/o emocional significativo? sí___ no___ Si respondió sí, explique. _____

_____

Si tiene una rutina de ejercicios, explíquela. _____

_____

Indique su consumo de la siguiente manera:

**F** – Frecuente (5 a 7 veces por semana) **M** – Moderado (2 a 4 veces por semana) **L** – Leve (1 vez o menos por semana) **N** – Nunca

| | | | |
|---|---|---|---|
| ____ | fruta fresca | ____ | dulces |
| ____ | jugo de vegetales frescos | ____ | otro |
| ____ | jugo de fruta fresca | ____ | vegetales cocidos |
| ____ | batidos | ____ | cafeína (café/té) |
| ____ | nueces/semillas | ____ | refrescos |
| ____ | habichuelas/legumbres | ____ | alcohol |
| ____ | huevos | ____ | alimentos procesados |
| ____ | ensalada | ____ | productos de harina |
| ____ | vegetales crudos | ____ | comida rápida |
| ____ | agua | ____ | azúcar |
| ____ | sal | ____ | tabaco |
| ____ | alimentos orgánicos | ____ | antiácidos |

## OTROS

¿Cuánta agua bebe al día? _____ ¿Cuál es la fuente? _____

¿Conduce un vehículo híbrido? sí___ no___

¿Vive cerca de torres de radio, líneas eléctricas de alto voltaje, subestaciones eléctricas, etc.? sí___ no___

¿Qué aparatos eléctricos hay en su dormitorio? _____

¿Dónde se encuentra su teléfono celular mientras duerme? _____

¿Ha tenido alguna vez enfermedad de Lyme? sí___ no___ ¿Cuál fue el tratamiento? _____

¿Ha estado expuesto/a a moho? sí___ no___ Explique _____

¿Tiene empastes de amalgama (plata)? sí___ no___ ¿Cuántos? _____

¿Tiene tratamientos de conducto (endodoncias)? sí___ no___ ¿Cuántos? _____

¿Cuántas muelas del juicio le han extraído? _____

¿Tiene implantes de algún tipo? (senos, mejillas, etc.) _____

Toda la información proporcionada anteriormente es veraz y completa. No espero un diagnóstico, receta ni cura, y entiendo que el servicio/consulta NO sustituye un examen médico, tratamiento ni diagnóstico.

Entiendo que se requiere un aviso de cancelación de 48 horas para todos los cambios y cancelaciones de citas, siendo la única excepción una emergencia médica propia o de un familiar inmediato. Acepto pagar el cargo de $60 por citas a las que no asista si no proporciono el aviso requerido.

Firma _____ Fecha _____