

Referente _____ Fecha _____

Nombre _____ F. Nac. _____

Estatura _____ Peso _____ Teléfono _____

¿Padece de alguna alergia a medicamentos o complementos nutricionales o herbales?

Si ____ No ____ ¿A cuál? _____

¿Ha tenido cirugías?

Si ____ No ____ ¿Dónde? _____

¿Consumes algún medicamento?

Si ____ No ____ ¿Cuáles? _____

¿Padece alguna condición médica? (asma, anemia, diabetes, infecciones, problemas de presión, corazón, etc.)

Especifique

¿Padece problemas de salud? (cálculos renales, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, etc.)

Especifique

¿Padece problemas en huesos y/o articulaciones? (reumatoides, artritis, ácido úrico, osteoporosis, gota, ciática, columna, etc.)

Especifique

¿Padece problemas en órganos? (pulmones, riñones, hígado, páncreas, intestinos, vesícula, cerebro, sistema nervioso, sistema reproductor, glándulas, sistema inmune, etc.)

Especifique

Continuidad:

