



Perfil de Salud

Fecha: _____

La consulta dietética requiere la elaboración de un perfil de salud, cuyo propósito no es hacer un diagnóstico sino más bien determinar el estado de salud del cliente, para así poder guiar su plan de pérdida de peso. Como resultado de este perfil, al cliente se le podría aconsejar la búsqueda de ayuda médica profesional.

1. General (Favor de usar letra de molde)

Nombre(s): _____	Apellido(s): _____
Dirección: _____	Apt./Casa: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____	Celular: _____
Email: _____	
Fecha nacimiento: _____	Edad: _____
Profesión: _____	Referencia: _____
Peso actual (kg): _____	Peso hace un año (kg): _____
Peso mínimo como adulto (kg): _____	a los _____ años
Peso máximo como adulto (kg): _____	Estatura: _____
¿Hace ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de ejercicio hace? _____
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Ha hecho usted dieta antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique cuál dieta hizo y por qué considera que no funcionó (p.ej., muy rígida, mucho tiempo en la preparación de los alimentos, etc.): _____ _____	

En una escala de 1 a 10, indique qué nivel de importancia le da usted a perder peso utilizando el método profesionalmente supervisado de Ideal Protein: (indique uno con un círculo)

Menos Importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy/Más Importante
¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Casado/a			Soltero/a			Otro		
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
			Divorciado/a			Viudo/a					
Cantidad de hijos que usted tiene:	_____					Edades:	_____				
¿Quién cocina la mayor parte en su casa?	_____										
En promedio, ¿cuántas horas duerme por noche?	_____										



1. General (continuado)

¿Quién es su médico de atención primaria (médico familiar)? _____

Favor de hacer una lista de los médicos que usted frecuenta y sus especialidades (consulte la información médica para una lista de trastornos):

Dr. _____ Especialidad: _____

Paciente desde: _____ Ultima visita: _____

Dr. _____ Especialidad: _____

Paciente desde: _____ Ultima visita: _____

Dr. _____ Especialidad: _____

Paciente desde: _____ Ultima visita: _____

2. Diabetes N/A

¿Tiene usted diabetes? Sí No Si no, avance a la próxima sección.

¿Qué tipo?

Tipo I – Dependiente de insulina (solamente inyecciones)

Tipo II – no dependiente de insulina (pastillas para diabetes)

Tipo II – dependiente de insulina (pastillas para diabetes e insulina)

¿Monitorea su azúcar en la sangre?

Sí No De ser que sí, ¿con cuánta frecuencia? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién lo hace?

Yo Médico

Otro – especifique: _____

¿Tiene usted tendencia a la hipoglucemia?

Sí No

NOTA: Si actualmente está recetado un Inhibidor del Cotransportador Sodio-Glucosa Tipo 2 (SGLT-2), no debe iniciar el método de pérdida de peso.

3. Función Cardiovascular N/A

¿Ha padecido de cualquier de las siguientes condiciones cardiovasculares?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia (NPA) | <input type="checkbox"/> Hiperpotasemia (Alto Potasio) (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Coágulo Sanguíneo (NPA) | <input type="checkbox"/> Hipopotasemia (Bajo Potasio) (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica (NPA) | <input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta) (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Infarto Cardíaco (NPC) | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Problema de Válvula Cardíaca (NPA) | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular o AIT (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula Cardíaca (porcina/
mecánica) (NPA) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva (NPC) |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Alto colesterol/triglicéridos) | |
- Seleccione uno (de ser el caso):
- Historia de Insuficiencia Cardíaca Congestiva
Actual Insuficiencia Cardíaca Congestiva
(NPC)
- Sí No

¿Ha tenido **cualquier** tipo de cirugía cardíaca?

En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

Otras condiciones: _____

Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de estas condiciones, por favor indique **todas** las fechas de los eventos:

4. Función Renal N/A

Indique si usted ha padecido de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal (NPA) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Riñón (NPA) | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene Gota? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿desde cuándo? _____ |

En caso afirmativo, ¿qué medicamento le ha sido recetado? _____

Si no tiene, ¿ha tenido Gota en el pasado? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de estas condiciones, por favor indique la fecha de los eventos. Para eventos múltiples, favor de especificar:

5. Función Hepática N/A

¿Ha tenido usted problemas con el hígado?

Sí No Fecha: _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor detállelos: _____

6. Función del Colon N/A

Indique si usted tiene:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diverticulitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Colon irritable |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa |

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique la fecha de los eventos. Para eventos múltiples, favor de especificar:

7. Función Digestiva N/A

Indique si usted padece de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico | <input type="checkbox"/> Intolerancia al Gluten |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Úlcera Gástrica (NPA) | <input type="checkbox"/> Historia de cirugía bariátrica (NPA) |

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cirugía bariátrica? _____

8. Función ovárica y mamaria N/A

Marque la(s) situación(es) que actualmente aplican a su persona:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amenorrea | <input type="checkbox"/> Período irregular |
| <input type="checkbox"/> Senos fibroquísticos | <input type="checkbox"/> Menopausia |
| <input type="checkbox"/> Período abundante | <input type="checkbox"/> Período doloroso |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Fibroma uterino |

Fecha del último periodo menstrual: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Usted toma la píldora anticonceptiva? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está en lactancia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

9. Función Endocrina N/A

¿Tiene problema de tiroides? Sí No

En caso afirmativo, favor de especificar: _____

¿Tiene problema de la glándula paratiroides? Sí No

En caso afirmativo, favor de especificar: _____

¿Tiene problema de la glándula suprarrenal? Sí No

En caso afirmativo, favor de especificar: _____

¿Se le ha dicho que tenga el Síndrome Metabólico? Sí No

10. Función Neurológica/Emocional N/A

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Anorexia (Historial de) | <input type="checkbox"/> Epilepsia (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Bulimia (Historial de) | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |

Otros asuntos: _____

11. Condiciones Inflamatorias N/A

¿Padece usted de alguna de las siguientes condiciones?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Soriasis | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Otra condición autoinmune o inflamatoria | |

12. Cáncer N/A

¿Tiene cáncer? (NPC) Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo y dónde se ubica? _____

¿Jamás ha tenido cáncer? (NPC) Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo y dónde se ubica? Sí No

¿Es usted en remisión de cáncer? (NPC) Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo lleva en remisión? _____ (MM/AA)

13. General N/A

¿Tiene usted otros problemas de salud? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, favor de especificar: _____

14. Alergias N/A

¿Tiene usted alguna alergia o sensibilidad a la comida? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, favor de especificar: _____

15. Hábitos Alimenticios

(Favor de responder con sinceridad para poder ayudarle de la mejor manera)

DESAYUNO

¿Desayuda todas las mañanas? Sí No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

¿Merienda antes del almuerzo? Sí No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

LUNCH

¿Almuerza todos los días? Sí No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

¿Merienda antes de cenar? Sí No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

DINNER

¿Cena todos los días? Sí No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

¿Merienda en la noche? Sí No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

OTRO

¿Es usted vegano?

Sí No

Los veganos estrictos no son elegibles a seguir el protocolo debido al alto número de restricciones alimenticias.

¿Es usted vegetariano?

Sí No

¿Cuántos vasos de agua toma al día?

_____ vasos al días

¿Cuántas tazas de café toma al día?

_____ tazas al día

¿Fuma?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos cigarrillos al día?

_____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Toma bebidas alcohólicas?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué toma, y con qué frecuencia?

16. Medicamentos y Suplementos

Favor de llenar este formulario enumerando todos los medicamentos de receta y suplementos que actualmente toma.

Se proporciona un ejemplo en la primera línea para indicar la forma en que debe completarse.

Nombre del Medicamento	Miligramos* por cápsula	Número de cápsulas por día	Número de dosis por día	Doctor que lo recetó	Razón por tomar este medicamento
Vitamina X	500 mg	1	1 x por día	Dr. Pedro Pérez	Omega 3

*o gramos, mEq o la unidad de dosis que receta su médico.



Confirmación de Plena Información del Estado de Salud del Cliente y Acuerdo Sobre el Arbitraje de Controversias

Confirmando que la información que he proporcionado y registrado en este Perfil de Salud de Ideal Protein™ es verdadera, completa y exacta y que no he ocultado u omitido, enteramente o en parte, ninguna información sobre mi estado de salud. A este respecto, confirmo que he revelado todos los anteriores y actuales i) problemas de salud física y/o mental o inquietudes que he experimentado, ii) diagnósticos y/o cirugías que he tenido, y iii) medicamentos y suplementos que me han sido prescritos o que he tomado.

Sin restricciones a lo anterior, confirmo específicamente que no tengo ninguna de las **condiciones** y que no estoy tomando ninguno de los **medicamentos destacados específicamente en color púrpura o azul/ subrayado/ identificados como NPC o NPA en este formulario**. Además, entiendo que yo no debería comenzar o seguir el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™ si tengo alguna de las condiciones mencionadas o si estoy tomando ahora alguno de los medicamentos mencionados a menos de que i) consulte específicamente a un médico sobre la conveniencia de seguir el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™, ii) permanezca bajo la supervisión de dicho médico mientras esté en el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™, y iii) proporcione documentación que confirme lo anterior.

Comprendo que si i) tengo alguna de las condiciones mencionadas o estoy actualmente tomando alguno de los medicamentos mencionados, ii) no he revelado esta información a la clínica y iii) he decidido, no obstante, seguir el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™ sin supervisión especial, esa decisión será completamente voluntaria, y yo libero y descargo a la clínica, así como a Ideal Protein of America Inc., sus empresas matrices, subsidiarias y afiliadas y sus respectivos accionistas, directores, empleados, agentes, representantes, sucesores y cesionarios (colectivamente, los "Liberados") de cualquier y todos los daños, deudas, reclamos y causas de acción de cualquier naturaleza (incluyendo lesión, enfermedad o muerte) que puedan resultar de esa decisión voluntaria e informada.

Confirmando que se me ha explicado el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™ y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre éste. Que se me han proporcionado respuestas a esas preguntas y que entiendo la importancia de seguir estrictamente el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™ tal como me fue explicado en forma oral y con los materiales entregados, antes y durante el período en el que seguiré el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™.

Sin restricciones a lo anterior, confirmo que he sido asesorado sobre la importancia de consumir las vitaminas y minerales recomendados mientras siga el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™, puesto que este método limita el consumo de ciertos alimentos.

Me comprometo a revelar inmediatamente a la clínica cualquier y todo cambio en mi estado de salud, malestar, síntomas u otras inquietudes de salud que experimente cuando esté bajo el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein™.

Estoy de acuerdo específicamente en que todo reclamo contra cualquiera de los Liberados que pueda tener o elija hacer sólo podrá someterse a arbitraje vinculante bajo las reglas y lineamientos de la Asociación de Arbitraje Americana, y yo renuncio todo derecho a seguir cualquier reclamo o causa de acción en un tribunal de justicia.

Firmado en _____ (ciudad/estado), el día ____ de _____ del 20 ____.	
Nombre del testigo: _____	
Nombre del cliente (letra de molde): _____	
_____ Nombre y Título	_____ Firma