



EN CHILLÁN Y CHILLÁN VIEJO **Naturópata: Mario Robayo**

SALUD PREVENTIVA

Reserve su hora: +56 9 8968 9007

Programa de Diagnóstico Integral

Formulario de Ingreso

1. Datos Personales y de Contacto:

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento: *Edad:* *día:* *Mes:* *Año:*

Correo Electrónico:

Teléfono de Contacto (WhatsApp): *Código ciudad:* () *Fono:* ()

País de Residencia: *Ciudad:* *Región:* *Comuna:*

Calle o Condominio: *Dpto:* *N°:*

Referencia de su domicilio:

ELIJA SU MEJOR OPCIÓN: *Le visitamos en su domicilio:* () *Visita por Zoom:*()

Video conferencia por WhatsApp: () *Visitará Nuestro Centro de Atención:* ()

2. Motivo de la Consulta: (Tu Diagnóstico)

¿Cuál es el principal malestar, síntoma o problema de salud que deseas abordar hoy?
(Marca con una x en los síntomas nombrados más abajo)

¿Desde cuándo experimentas estos síntomas?

☐ *Menos de un mes*

☐ *De 1 a 6 meses*

☐ *Más de 6 meses / Es un problema crónico*

¿Has recibido algún diagnóstico médico previo para esta condición?

Sí: () NO: () Si responde Sí: Cuál:

3. Filtro de Síntomas Comunes: (Basado en lo que miraste en tu página)

Selecciona los malestares que experimentas con frecuencia:(puedes marcar varios)

☐ *Problemas Digestivos e Hinchazón: Digestión lenta, gases, colon irritable, pesadez después de comer.*

☐ *Dolores Crónicos o Falta de Flexibilidad: Dolores de cabeza frecuentes, migrañas, molestias articulares o de espalda.*

☐ *Estrés, Ansiedad o Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, despertar en la madrugada sintiendo que no descansaste.*

☐ *Desbalances Hormonales: Cambios de ánimo repentinos, bochornos sin explicación, cansancio extremo.*

☐ *Dependencia de Fármacos: Tomar pastillas para ocultar el malestar por horas sin solucionar la raíz.*

4. Hábitos de Vida y Nutrición:

¿Cómo calificarías tu nivel de energía diario?

☐ *Alto (Me siento con vitalidad todo el día)*

☐ *Regular (Tengo bajones de energía, sobre todo en la tarde)*

☐ *Bajo (Me siento cansado/a desde que me despierto)*

¿Tomas algún medicamento o suplemento de forma regular? SI () NO ()

¿Cómo describirías tu alimentación actual?

[] Saludable y equilibrada.

[] Intento comer bien, pero me faltan ideas u organización.

[] Consumo mucha azúcar, procesados o comida rápida por falta de tiempo.

5. Expectativas y Compromiso:

¿Qué esperas lograr al ingresar a este Programa de Diagnóstico? Desintoxicarse ()

Bajar de peso () Controlar la hipertensión () Conocer cómo funciona mi cuerpo ()

¿Estás dispuesto/a a realizar cambios en tu alimentación y estilo de vida para recuperar tu vitalidad natural?

[] Sí, completamente comprometido/a.

[] Sí, pero necesito ir paso a paso.