



Instrucciones para el Perfil de Salud

Exclusivamente para uso interno de la clínica

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.

Leyenda

NPA	<i>Needs Prescriber Approval</i> – Necesita Autorización del Médico – La Clínica debe enviar al médico un resumen de las fases del protocolo, anexo a un formulario de consentimiento (Consulte el ejemplar en el Manual de Mentores, Sección 6, Herramientas de Referencia.)
NPC	<i>Needs Prescriber Care</i> – Necesita Cuidado del Médico – La persona que pretende ponerse a dieta debe ser atendido o monitoreado solamente por una Clínica Médica.)

Nota para Médicos

Seguramente detectará algunas contraindicaciones, contraindicaciones relativas, y algunos casos donde se requiere de la aprobación previa del Médico Familiar o Especialista del paciente. Favor de entender que éstas son pautas para Clínica “no Médicas” de Ideal Protein, y que Ideal Protein nunca le dictaría a usted los estándares de la práctica de su profesión. Si de acuerdo a su opinión profesional, los beneficios de nuestro método exceden cualquier riesgo potencial, eso sería ciertamente a su discreción.

General (Favor de usar letra de molde)

Nombre(s): _____	Apellido(s): _____
Dirección: _____	Apt. /Casa: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____	Celular: _____
Email: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Profesión: _____	Referencia: _____
Peso actual (kg): _____	Peso hace 1 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.):	

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



General (continuado)

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? Casado/a Soltero/a Otro
 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? _____

¿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: _____	(MM/AA)
Dr. _____	Especialidad: _____	Paciente desde: _____	(MM/AA)
Dr. _____	Especialidad: _____	Paciente desde: _____	(MM/AA)
Dr. _____	Especialidad: _____	Paciente desde: _____	(MM/AA)
Dr. _____	Especialidad: _____	Paciente desde: _____	(MM/AA)
Dr. _____	Especialidad: _____	Paciente desde: _____	(MM/AA)

General

Menores de 17 años de edad (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ningún, a menos que los padres obtengan autorización previa del pediatra del menor.

¿Por qué? En cuanto al menor que es gravemente obeso y padece de problemas médicos (hipertensión, colesterol malo, etc.), se puede emplear el Plan Alternativo.

Diabetes

¿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? Yes 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.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Diabetes (continuado)

Diabéticos Tipo I – dependientes de la insulina

¿Cuál protocolo? Alternativo

¿Por qué? Para evitar el riesgo de la condición potencialmente fatal conocida como “cetoacidosis”. Si una persona con diabetes tipo 1 recibe las cantidades correctas de insulina y cuenta con algo de glucógeno en su sistema, aunque siga una dieta restringida en carbohidratos y por ende produce algunos cuerpos cetónicos (es decir, el Protocolo Alternativo), no puede suceder el estado de cetoacidosis ya que la insulina y la glucosa permiten al organismo volver a convertir los cuerpos cetónicos en una sustancia no ácida (Acetil-CoA) que luego puede ser quemada como combustible en el ciclo de Krebs. Si dicha persona no recibe suficiente insulina, o no hay suficiente glucosa (glucógeno) almacenada, esta re-conversión no puede suceder y las cetonas se acumulan, alcanzando niveles peligrosos y resultando en la “cetoacidosis”.

***Recomiende que se revise el nivel de glucosa en la sangre 4 veces al día; en la mañana con el estómago vacío, 1 hora antes de almorzar, 1 hora antes de cenar, y a la hora de acostarse.**

Diabéticos Tipo II

¿Cuál protocolo? Cualquier protocolo

Recomendaciones: A medida que el Paciente vaya mejorando y se reduzcan los medicamentos, considere cambiarlo al Protocolo Regular, en caso de haberlo iniciado con el Protocolo Alternativo.

Recomiende que se revise el nivel de glucosa en la sangre 4 veces al día; en la mañana con estómago vacío, 1 hora antes de almorzar, 1 hora antes de cenar, y a la hora de acostarse.

NOTA: Si el paciente está recetado un Inhibidor del Cotransportador Sodio-Glucosa Tipo 2 (SGLT-2), no debe seguir el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein.

Función Cardiovascular

¿Ha padecido de cualquier de las siguientes condiciones cardiovasculares?

- Arritmia (NPA – si no toma medicamentos de receta)
- Coágulo Sanguíneo (NPA)
- Cardiopatía Isquémica (NPA)
- Infarto Cardíaco (NPC)
- Problema de Válvula Cardíaca (NPA)
- Reemplazo de Válvula Cardíaca (porcina/ mecánica) (NPA)
- Hiperlipidemia (Alto colesterol/triglicéridos)

- Hiperpotasemia (Alto Potasio) (NPA)
- Hipopotasemia (Bajo Potasio) (NPA)
- Hipertensión (Presión Arterial Alta) (NPA)
- Embolia Pulmonar (NPA)
- Accidente Cerebrovascular o AIT (NPA)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (NPC)

Seleccione uno (de ser el caso):

- Historia de Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Actual Insuficiencia Cardíaca Congestiva (NPC)

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

- Sí No

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:

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Función Cardiovascular (Explicación)

Infarto Cardíaco dentro de los últimos 6 meses (NPC)

¿Cuál Protocolo? Ninguno

¿Por qué? Cuando un corazón debilitado está abruptamente sujeto a niveles reducidos de glucosa y/o cambios en los electrolitos séricos, su función mecánica podría verse comprometida en teoría. Por eso prohibimos que los pacientes con reciente infarto cardíaco participen en nuestro protocolo alimenticio.

Coágulo Sanguíneo (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que se realice un Tiempo de Protrombina (Prueba de Coagulación Sanguínea) semanalmente.

¿Por qué? El anticoagulante "Coumadin" (Warfarina sódica) inhibe 3 factores de coagulación que la Vitamina K acentúa (la Vitamina K tiene el efecto contrario a la Coumadin). Si el paciente no ha estado consumiendo muchos vegetales verdes en el pasado y ahora empieza a consumir cuatro tazas de vegetales que contienen Vitamina K, eso podría comprometer su terapia anticoagulante.

Recomendaciones: Proveer una lista del contenido de Vitamina K de vegetales y dirigir al paciente a ser consistente con su consumo de Vitamina K en los vegetales selectos.

Embolia Pulmonar (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? En esta condición, un coágulo sanguíneo se ha atorado en una de las arterias de los pulmones. Normalmente el coágulo viene de una vena en la pierna o de la región pélvica y, de no tratarse correctamente, puede ser fatal.

Recomendaciones: Típicamente el mantenimiento involucra la terapia anticoagulante, entonces si toma Coumadin (Warfarina) el médico que monitorea tendría que establecer el "TP" (Tiempo de Protrombina) de referencia, y realizar revisiones semanales hasta que se estabilicen los tiempos de coagulación sanguínea. Para mayor información, consulte la sección de arriba sobre Coágulo Sanguíneo.

Accidente cerebrovascular o AIT (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? Un accidente cerebrovascular es un pequeño coágulo sanguíneo que se atora en un vaso sanguíneo del cerebro O hemorragia (ruptura de un vaso sanguíneo).

* Para mayor información, consulte la sección de arriba sobre Coágulo Sanguíneo.

Cardiopatía isquémica (NPA)

¿Cuál Protocolo? Si recibe terapia de Coumadin, ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

Recomendaciones: * Para mayor información, consulte la sección de arriba sobre Coágulo Sanguíneo.

Problema de Válvula Cardíaca (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? Una disfunción menor con una de las válvulas cardíacas de la persona. * Para mayor información, consulte la sección de arriba sobre Coágulo Sanguíneo.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Función Cardiovascular (Explicación continuada)

Reemplazo de Válvula Cardíaca (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? Válvula mecánica: Ésta es una “válvula artificial” normalmente fabricada de un metal no reactivo. La terapia anticoagulante (generalmente Coumadin) es fundamental en este caso.

Válvula natural (porcina): En este caso, la válvula del paciente ha sido reemplazada por una válvula cardíaca de cerdo. Aunque no favorece la formación de coágulos tanto como lo hacen las válvulas mecánicas, todavía se emplea la terapia anticoagulante

* Para mayor información, consulte la sección de arriba sobre Coágulo Sanguíneo.

Arritmia (NPA – si toma medicamentos de receta)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? Una baja repentina en glucosa o cualquier cambio abrupto en los electrolitos séricos (sodio, potasio o magnesio) podrían teóricamente provocar un evento arrítmico.

Hipertensión (NPA)

¿Cuál Protocolo? Cualquier protocolo, dependiendo de otras condiciones (i.e., un diabético tipo 1 con hipertensión debería seguir el Protocolo Alternativo.

Recomendaciones: Es imperativo que el paciente entienda que ésta es una dieta muy baja en sodio por lo que deben usar generosamente la sal proporcionada en el Protocolo.

Sea extremadamente vigilante de los síntomas de deshidratación y niveles bajos de sodio: debilidad, mareo, falta de claridad mental y dolores de cabeza. Si un paciente consume cafeína, para cada taza de bebida con cafeína debe tomar un vaso adicional de agua, además de los 2 litros diarios obligatorios.

Hiperlipidemia

¿Cuál Protocolo? Cualquier protocolo

Recomendaciones: Puesto que los medicamentos son recetados en base al peso del paciente, habrá que reevaluar las recetas periódicamente. Si el paciente se siente incómodo en cualquier momento durante el Método, refiéralo a su médico inmediatamente.

Hipopotasemia (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? Una condición en la que el nivel de potasio del paciente es demasiado bajo. Generalmente tomará un suplemento de potasio de receta.

Hiperpotasemia (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cardiólogo o médico familiar.

¿Por qué? Una condición en la que el nivel de potasio del paciente es demasiado alto. Por lo tanto, a estos clientes probablemente no se les permitiría tomar nuestro suplemento de potasio.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva (NPC)

¿Cuál Protocolo? Ninguno. Estos pacientes sólo pueden seguir el protocolo en una Clínica Médica de Ideal Protein.

¿Por qué? Si un corazón debilitado y agrandado es sometido a cambios en los electrolitos séricos, teóricamente su función mecánica podría verse comprometida. Por eso prohibimos que un paciente, que haya sufrido un infarto reciente de corazón, participe en nuestro protocolo alimenticio.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Función Renal

Indique si usted ha padecido de:

- Insuficiencia Renal (NPA)**
 Trasplante de Riñón (NPA)
 Piedras en los riñones
 ¿Tiene Gota?

Fecha: _____

Fecha: _____

Sí 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:

Función Renal (Explicación)

Piedras en los Riñones / Gota

¿Cuál Protocolo? Cualquier protocolo, y se recomendaría altamente establecer un análisis metabólico completo (CMP) de referencia.

Recomendaciones: Los pacientes con antecedentes de gota o piedras en los riñones se les debe informar a que tomen al menos 3 litros de agua por día.

Insuficiencia Renal/Trasplante de Riñón (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su médico familiar.

¿Por qué? Los riñones participan mucho en el mantenimiento del equilibrio ácido-base y en la gluconeogénesis, dos procesos que juegan un papel fundamental en el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein. Por eso, una afección renal grave constituye una contraindicación para el programa.

Función Hepática

¿Ha tenido usted problemas con el hígado? Yes No

Si la respuesta es afirmativa, por favor detállelos: _____

Función Hepática (Explicación)

Problemas con el hígado (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su médico familiar.

Recomendaciones: Se recomienda realizar una prueba de función hepática.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



Función del Colon

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:

Función del Colon (Explicación)

Síndrome de Colon Irritable

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Diverticulitis

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Informe al paciente que una vez por semana (los domingos suelen funcionar bien) puede hacer lo siguiente: Juntar todos los vegetales que le gustan. Necesita 28 tazas de vegetales en total (4 tazas por día x 7 días). Verter un litro de caldo de pollo o vegetales sin grasa en una olla grande y agregar los vegetales. Poner a hervir y sazonar como se desea. Asegurarse de agregar bastante sal de mar Ideal. Reducir el fuego y cocinar a fuego lento hasta que los vegetales estén muy blandos. Enfriar y licuar en un procesador de alimentos. Dividir en 7 porciones y guardar en bolsas de plástico resellables para congelar. Una bolsa al día proporcionará el consumo total de vegetales y será muy suave para su tracto intestinal.

Estreñimiento / Diarrea

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: El mentor debe anotar si el paciente es propenso a padecer de diarrea o estreñimiento. Los problemas de diarrea normalmente disminuyen cuando se inicia un programa de pérdida de peso. Un episodio de diarrea, aunque no muy común, es generalmente indicio del efecto limpiador y a menudo autolimitante (se resuelve solo). Preste atención a la hidratación. Si la diarrea persiste, o si se observa sangre en las heces y/o el paciente presenta una fiebre leve, debe consultar a su médico.

El estreñimiento es más común, y generalmente resulta de:

- No tomar el mínimo de 2 litros de agua al día
- No comer las dos ensaladas verdes al día
- No consumir las requeridas 4 tazas de vegetales al día
- No tomar todos los suplementos requeridos

En caso de estreñimiento, no recomiende laxante de fibra

Ulcerative Colitis / Crohn's Disease

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo I

Recomendaciones: Estos pacientes pueden seguir las recomendaciones de la sección sobre Diverticulitis.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



Función Digestiva

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? _____

Función Digestiva (Explicación)

Reflujo Gástrico

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Preste atención al contenido de azúcar en los antiácidos líquidos.

Acidez

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Preste atención al contenido de azúcar en los antiácidos líquidos.

Gluten Intolerance

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Estos pacientes sólo deben recibir nuestros productos certificados libres de gluten.

Cirugía Bariátrica (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su cirujano o médico familiar.

¿Por qué? La Cirugía Bariátrica, sea bypass gástrico, la instalación de una banda gástrica u otro dispositivo similar, es un procedimiento laparoscópico. Se hace una serie de incisiones muy pequeñas en el abdomen, por las cuales se introducen instrumentos para que el cirujano pueda reseca parte del estómago, o insertar una banda.

Los Pacientes Potenciales que están considerando o que han sido sometidos a la Cirugía Bariátrica pueden presentar problemas de salud subyacentes, de los cuales no estén conscientes ni el Mentor ni el Paciente mismo.

Además, para el paciente en fase de recuperación de una cirugía, dado el carácter anabólico del proceso de curación, ponerlo a seguir un programa de pérdida de peso –cuya naturaleza es inherentemente catabólica– podría comprometer seriamente su recuperación.

Úlcera Gástrica (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el Paciente obtenga autorización previa de su médico familiar.

¿Por qué? Una úlcera gástrica es una lesión en la pared del estómago, que puede sangrar. Se requiere de previa autorización médica para asegurarse que haya sanado la úlcera.

Enfermedad Celíaca

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Estos pacientes sólo deben recibir nuestros productos certificados libres de gluten.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Función ovárica y mamaria

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? Sí No

¿Está embarazada? Sí No

¿Está en lactancia? Sí No

Función ovárica y mamaria (Explicación)

Función ovárica y mamaria

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Una mujer con cualquiera de las condiciones arriba indicadas puede participar en el Método de Pérdida de Peso de Ideal Protein sin previa autorización médica.

Es importante tomar nota de la semana de llegada de la menstruación de la paciente. Retendrá agua la semana anterior, y puede ser que, esa semana, no perciba una pérdida de peso. Debe percibir una pérdida más grande la siguiente semana, puesto que procede la pérdida de peso durante estos días, es simplemente que la retención de agua oculta el cambio en la báscula.

En virtud de que el estrógeno puede ser almacenado en las células de grasa, y las células de la grasa abdominal producen estrógeno, es posible que el estrógeno libre sea liberado a la corriente sanguínea durante la pérdida de peso. Por lo tanto, la paciente podría experimentar periodos irregulares, más largos y/o más abundantes.

La mujer post-menopáusica puede empezar a tener goteos ocasionales de sangre. Si eso ocurre, la paciente debe consultar a su gineco-obstetra para descartar cualquier otra posible causa de un sangrado uterino.

Dado que el nivel de estrógeno puede afectar la eficacia de las píldoras anticonceptivas, los parches hormonales o inyecciones hormonales, se le debe aconsejar a la mujer que utiliza estos métodos anticonceptivos a utilizar un método adicional durante las fases de pérdida de peso.

Embarazada / En lactancia

¿Cuál Protocolo? Ninguno

¿Por qué? Estas pacientes jamás deben de seguir una dieta de pérdida de peso ni cualquier dieta que restringe grupos completos de alimentos.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



Función Endocrina

¿Tiene problema de tiroides?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En caso afirmativo, favor de especificar:	_____			
¿Tiene problema de la glándula paratiroides?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En caso afirmativo, favor de especificar:	_____			
¿Tiene problema de la glándula suprarrenal?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En caso afirmativo, favor de especificar:	_____			
¿Se le ha dicho que tenga el Síndrome Metabólico?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Función Endocrina (Explicación)

Función Endocrina

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Indique al paciente que tome su medicamento Synthroid al levantarse en la mañana, a primera hora, con el estómago vacío. No debe tomar ningún suplemento de Ideal Protein hasta después del almuerzo.

Función Neurológica/Emocional

¿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: _____

Función Neurológica/Emocional (Explicación)

Función Emocional

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: El paciente que toma antidepresivos puede creer que el método de pérdida de peso no le funcionará, ya que el efecto secundario más comúnmente conocido de la mayoría de esos medicamentos es el aumento de peso. Se le puede asegurar que su pérdida de peso debe ser igual a la de una persona que no toma dichos medicamentos.

Estos pacientes requerirán de paciencia, empatía y más tiempo, y por lo tanto no se recomiendan para el mentor principiante.

Sugiera que lea el libro del Dr. Tran ...*Because it's Your Life*. Ofrece mucha perspicacia sobre los factores emocionales y psicológicos involucrados en la pérdida/el aumento de peso.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Función Neurológica/Emocional (Explicación continuada)

Enfermedad de Alzheimer

¿Cuál Protocolo? Ninguno

¿Por qué? Las placas que se forman en las neuronas del cerebro causan esta enfermedad. A medida que va progresando la enfermedad, la función cognitiva se ve altamente disminuida, necesitando el cuidado institucional a largo plazo. Por ende, estos pacientes no son candidatos para cualquier protocolo.

Trastorno Bipolar/Litio

¿Cuál Protocolo? Ninguno

¿Por qué? La interacción entre sodio y litio puede causar fluctuaciones en los niveles de litio. Si el nivel de litio aumenta demasiado, puede provocar efectos secundarios tóxicos (confusión, náusea e inconsciencia). Debido a la gravedad de un posible problema, la terapia con litio es absolutamente contraindicada.

Enfermedad de Parkinson

¿Cuál Protocolo? Ninguno

¿Por qué? La proteína reduce la cantidad de medicamento que absorbe el organismo del paciente y los síntomas pueden volverse más severos.

Epilepsia (NPA)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, al menos que el Paciente haya estado libre de convulsiones por un mínimo de un año y obtenga previa autorización de su neurólogo.

¿Por qué? La pérdida de peso puede cambiar la cantidad de anticonvulsivos que requiere el Paciente y en consecuencia debe monitorearse de cerca.

Condiciones Inflamatorias

¿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 | |

Condiciones Inflamatorias (Explicación)

Condiciones Inflamatorias

¿Cuál Protocolo? Cualquier Protocolo

Recomendaciones: Estos pacientes pueden tener largos periodos sin síntomas, y luego experimentar un brote repentino y agudo. No deben iniciar el protocolo mientras se experimenta un brote; deben esperar hasta que cesen los síntomas antes de empezar.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

Cáncer

¿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?

¿Es usted en remisión de cáncer? (NPC)

Sí No

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

Cáncer (Explicación)

Cáncer o historia de Cáncer (NPC) (NPA – vea abajo)

¿Cuál Protocolo? Ninguno, a menos que el paciente cuente con autorización previa de su oncólogo

¿Por qué? Ciertos tipos de cáncer pueden verse estimulados por cambios hormonales, especialmente los cánceres de tejidos reproductivos femeninos, como son el cáncer de mama, ovario o uterino. Debido al posible incremento temporal de los niveles de estrógeno durante las fases de pérdida de peso del Método, teóricamente se podrían estimular los tumores con receptores de estrógeno.

General

¿Tiene usted otros problemas de salud? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, favor de especificar: _____

Alergias

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

Si la respuesta es afirmativa, favor de especificar: _____

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



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: _____

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____

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 paquetes al día?

_____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Toma bebidas alcohólicas?

Sí No

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

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



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.

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____ Fecha de nac.: _____ (DD/MM/AA) Iniciales _____



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