



FORMULARIO DE INGRESO DEL CLIENTE

PARTE A: DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

GRUPO SANGUÍNEO (si lo sabés): _____

OCUPACIÓN: _____

MÉDICO DE CABECERA (nombre y teléfono): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (nombre y teléfono): _____

¿CÓMO NOS CONOCISTE? _____

IDIOMA DEL INFORME: Español ☐ Inglés ☐

PARTE B: HISTORIAL DE SALUD E INQUIETUDES ACTUALES

1) **Motivo principal de la consulta** (qué esperarás obtener del análisis):

2) **¿Desde hace cuánto tiempo es una preocupación?** (días, semanas, meses, años):

3) **Tratamientos anteriores:**

4) **¿Estás actualmente bajo el cuidado de un médico o terapeuta?** Sí ☐ NO ☐

5) **¿Cómo calificarías tu estado de salud actual?**

EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

La siguiente información se usará para definir los parámetros del escaneo que mejor se adapten a tus necesidades. Responde lo mejor que puedas e informá cualquier cambio (si lo hubiera) durante las sesiones o entre ellas.

6) **¿Alguna de las siguientes situaciones de salud se aplica a vos (en el pasado o en el presente)?** Marcá **SÍ** o **NO**; si es **SÍ**, indicá los **detalles** y la(s) **fecha(s)**.

Situación de salud	¿Se aplica?	Fecha(s)	Detalles
¿Tenés algún metal en el cuerpo? (clavos, tornillos, etc.)	Sí ☐ No ☐		
¿Tuviste alguna vez un accidente cerebrovascular o una convulsión?	Sí ☐ No ☐		
¿Tenés marcapasos?	Sí ☐ No ☐		
¿Tenés una sensibilidad conocida al electromagnetismo?	Sí ☐ No ☐		
¿Estás embarazada o podrías estarlo?	Sí ☐ No ☐		
¿Problemas vasculares o circulatorios, extremidades frías (manos o pies fríos)?	Sí ☐ No ☐		
¿Infección o antecedentes de infecciones recurrentes?	Sí ☐ No ☐		
¿Neoplasia/cáncer, tumores o enfermedades degenerativas como la artritis?	Sí ☐ No ☐		
¿Trastorno congénito, hereditario o de nacimiento?	Sí ☐ No ☐		

Situación de salud	¿Se aplica?	Fecha(s)	Detalles
¿Problemas endocrinos/hormonales o glandulares?	Sí ☐ No ☐		
¿Algún problema de piel? Por ej., eccema, psoriasis	Sí ☐ No ☐		
¿Problemas sensoriales (vista, oído, gusto, tacto, olfato)?	Sí ☐ No ☐		
¿Reacción adversa al exceso de humedad, calor, frío, sequedad, viento o radiación?	Sí ☐ No ☐		
¿Exposición conocida a insecticidas, herbicidas o químicos agrícolas industriales?	Sí ☐ No ☐		
¿Exposición conocida a metales pesados?	Sí ☐ No ☐		
¿Exposición conocida a radiación o a campos electromagnéticos disarmónicos?	Sí ☐ No ☐		
¿Te extirparon algún órgano (incluidos dientes)? Enumeralos.	Sí ☐ No ☐		
¿Tenés empastes dentales de metal/amalgama (incluidos los retirados en el último año)?	Sí ☐ No ☐		
¿Alergias o sensibilidades conocidas (o sospechadas)? Enumeralas.	Sí ☐ No ☐		
¿Lesiones o cirugías importantes (incl. traumas emocionales) en el pasado? Indicá el año aproximado.	Sí ☐ No ☐		
¿Infecciones importantes por las que hayas tenido que guardar cama, con fiebre o antibióticos?	Sí ☐ No ☐		
¿Usaste esteroides o antibióticos en los últimos 2 años?	Sí ☐ No ☐		
¿Tomás actualmente algún medicamento (incluidas hierbas)?	Sí ☐ No ☐		
¿Tomás algún suplemento dietario?	Sí ☐ No ☐		

PARTE C: ESTILO DE VIDA Y EQUILIBRIO EMOCIONAL

Estrés

- Nivel personal de estrés de 0 a 10 (10 = máximo):

- Principales tipos de estrés (trabajo, familia, hogar, parientes, emociones, etc.):

Alimentación

- ¿Qué sabor te atrae habitualmente? (dulce, salado, amargo, astringente, ácido, suave):

- Cantidad de productos con azúcar por semana (incluidas gaseosas, helado, panes, pastas, etc.):

- Cantidad promedio de bebidas alcohólicas por semana:

- Cantidad de tazas de café, té o productos con cafeína (chocolate) por día:

- ¿Qué tipo de alimentación o comida tenés?

- ¿Cuántos vasos de agua tomás por día?

- ¿Algún problema o restricción alimentaria (por ej., intolerancia a la lactosa o al gluten)?

Ejercicio

- Cantidad de sesiones de ejercicio por semana, de 20 minutos o más:

Sueño

- ¿Cuántas horas dormís por noche?

- ¿Te despertás descansado o descansada?

Emociones

- ¿Tenés dificultades emocionales (por ej., depresión, ansiedad, enojo o ira sostenidos)?

- ¿Dificultades con la autoestima?

- ¿Tendencia a los pensamientos negativos?

- ¿Qué sentimientos experimentarás la mayor parte del tiempo?

- ¿Cómo te calmas o recuperas el equilibrio cuando estás mal?
-

Adicciones

- ¿Alguna adicción a drogas, alcohol, tabaco u otras (si es así, especifica)?
-

Metas de vida, propósito y realización

- ¿Tienes metas o pasatiempos que te inspiran y te llenan?
 - ¿Tienes una buena red de apoyo de familiares o amigos positivos en tu vida?
 - ¿Estás viviendo tu vida ideal o estás cerca de vivirla?
 - ¿En qué dirían tus amigos y tu familia que sos bueno o buena?
 - ¿Qué es lo que más querés cambiar o transformar en tu vida?
 - ¿Qué te da energía? ¿Necesitás tiempo tranquilo a solas o necesitás conectar con otras personas?
 - ¿De qué querés menos en tu vida?
 - ¿De qué querés más en tu vida?
 - ¿Qué legado querés dejar en el mundo?
 - ¿Estás viviendo el propósito de tu alma? Si no, ¿qué te lo impide?
 - ¿Quiénes son las personas de tu vida que te dan más alegría y felicidad?
 - ¿Cuáles son tus tres metas principales para este año?
-

PARTE D: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

- La información que proporcioné en el formulario de ingreso es verdadera según mi leal saber y entender.
- Entiendo que la persona que presta el servicio no es médica alopática y no se presenta como tal. Es consultora de bienestar y técnica en biofeedback/biorresonancia.
- Entiendo que los servicios que presta la persona técnica no son alopáticos, sino de naturaleza estrictamente conductual, de manejo del estrés o de biofeedback.
- Cualquier referencia a "paciente" en este equilibrio de frecuencias se debe solo a la terminología técnica de la biorresonancia y de ninguna manera implica que el cliente sea un paciente médico.
- Entiendo que la persona técnica presta sus servicios dentro de los parámetros de un sistema natural de cuidado de la salud y bienestar, usando biofeedback y reducción del estrés.

- Entiendo que la persona técnica no ofrece medicamentos alopáticos, cirugía, estimulantes químicos ni ningún otro tratamiento convencional. No diagnostica, trata ni prescribe para ninguna enfermedad, afección o dolencia, y lo que se mide son mis parámetros de bienestar y estrés.
- Solicité los servicios de la persona técnica en biofeedback de buena fe, ejerciendo mi libre albedrío y siguiendo los dictados de mi propia conciencia, que me permite elegir lo que entiendo que es más beneficioso para mi salud.
- También ejerzo mi libre albedrío al pedirle a este negocio y a la persona técnica su opinión sobre cosas y situaciones que puedan favorecer mi buena salud; es mi decisión aceptar o aplicar cualquiera de esas ideas o sugerencias en cualquier momento.
- Si deseo algún servicio que la persona técnica en biofeedback no presta, lo cual es mi prerrogativa, entiendo que debo buscarlo en otro lugar. Se puede organizar una derivación para esos servicios.
- Actualmente busco consejo, asesoramiento, opiniones, biofeedback o puntos de vista y/o programas dentro del ámbito de la práctica de bienestar y reducción del estrés de la persona técnica. Lo hago con plena conciencia y autorizo a la persona técnica en biofeedback a realizar interpretaciones de estrés por biofeedback y equilibrio de frecuencias.
- Entiendo que los servicios que presta la persona técnica no son, en general, aceptados ni recomendados por los médicos alopáticos ni por otros profesionales de la salud convencionales. Entiendo que el reembolso por parte de un seguro puede ser posible, pero es muy poco probable.
- Entiendo que el pago completo se espera antes de la prestación del servicio.
- Entiendo que debo llamar y cancelar un turno con al menos 24 horas de anticipación respecto de la hora programada (para escaneos presenciales), si fue necesario un turno. Si no me presento a un turno programado, no se hará ningún reembolso.
- Al firmar abajo, declaro que leí y entendí todas las partes de esta exención y que tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre todos estos procedimientos.
- La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) no evaluó estas declaraciones. Este producto no está destinado a diagnosticar, tratar, curar ni prevenir ninguna enfermedad.

CONTRAINDICACIONES:

- Marcapasos
- Embarazo
- Accidente cerebrovascular en cualquier momento (aunque haya sido uno solo o hace mucho tiempo)
- Convulsiones o epilepsia en cualquier momento (aunque haya sido una sola o hace mucho tiempo)

CON PRECAUCIÓN:

- Sensibilidad al electromagnetismo
- Metal en el cuerpo (que no sea metal dental o un DIU)

Nota: Si alguna de las condiciones que figuran en “Con precaución” se aplica a vos, contactame antes de reservar. Si tenés marcapasos, estás embarazada o tuviste alguna vez un accidente cerebrovascular o una convulsión, no podemos escanearte.

Entiendo que este servicio no pretende reemplazar el consejo médico, el diagnóstico ni el tratamiento de mi médico. Consultá siempre a tu equipo médico tratante (médico, psiquiatra, etc.) si tenés una enfermedad grave. Recomendamos combinar nuestros servicios con consultas regulares con tu médico de cabecera.

Aceptás los términos de este acuerdo y que tu nombre completo escrito pueda usarse como representación digital de tu firma.

Nombre completo del cliente (en letra de imprenta): _____

Firma del cliente (si se imprime la página): _____ Fecha: _____

Nombre completo de la persona técnica (en letra de imprenta): _____

Firma de la persona técnica: _____ Fecha: _____

¡Gracias!