

Después de usted han acabado, envíe por favor
esta forma por fax de nuevo a nosotros en:
727.343.5139

 INT THERAPY
CENTER

6450 1st Ave N
St. Pete, FL 33710
inttherapy.com



Nombre _____ Fecha _____ Recomendado por: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono () _____ Cell () _____ Edad _____ F _____ M _____

Color de Ojos _____ Estatura _____ Peso _____ Cuantos partos _____ Cuantos abortos _____

PH: Orina _____ Saliva _____ Elimin. _____ Tipo de Sangre: A AB B O

Lista de Operaciones: _____

Lista de Medicinas: _____

Ha tomado en los últimos 12 meses : Antibióticos? _____ Anticonceptivos? _____

No. de Elim. Intestinales: _____ Diarias _____ A la Semana / Tiene Estreñimiento? _____ Descomposición? _____

Sus síntomas/problemas: _____

Cuanto: Fuma al día? _____ / Café / Te Negro toma al día? _____ Soda al día _____

Favor de Indicar si padece de algunas de estas enfermedades:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de energía | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Mala digestión | <input type="checkbox"/> Presión Alta / Baja | <input type="checkbox"/> Problemas musculares |
| <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Problemas de Sexo | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Mucosidad | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Indigestión Crónica |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Dificultad en dormir |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Pies o manos frías | <input type="checkbox"/> Dolor/Hinchazón de coyunturas |
| <input type="checkbox"/> Ácidos | <input type="checkbox"/> Problemas de relajación | <input type="checkbox"/> Refriados seguidos |
| <input type="checkbox"/> Gases | <input type="checkbox"/> Mucho/Poco Apetito | <input type="checkbox"/> Llenura / Abdomen inflado |

Que comidas apetece ? Fritas / Saladas / Dulces / Lácteos (Leche) / Cafeína / Carnes Rojas

Cuanta Agua consume a diario? _____ oz. / Bazo _____

Para Consultas por Teléfono: # de Visa / Master Charge _____ Exp: _____

Además _____