

PROGRAMA DE SALUD "CORNERSTONE"
FORMULARIO E HISTORIAL DEL CLIENTE

Estatura	_____
Peso	_____
Impedancia Biológica	_____
<i>Uso oficial solamente</i>	

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (otro): _____ Email: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso Actual: _____

Le interesa a usted: **Perder peso** _____ **Aumentar de peso** _____ **Salud en general** _____

Si desea perder peso: ¿Cuántas libras desea perder? _____ ¿Cuántas libras desearía pesar? _____

¿Está usted decidido(a), seriamente, a perder peso? Si _____ No _____ No estoy seguro(a) _____

¿Qué otros programas ha tratado, y porqué cree usted que no le trabajaron?

¿Come usted tres (3) comidas diarias? Si _____ No _____ Anote lo que comúnmente come:

Al Desayunar: _____

Al Almorzar: _____

Al Cenar: _____

¿Come usted entre comidas? Si _____ No _____ Anote lo que comúnmente come en la(s) meriendas:

¿A que hora del día come su merienda(s)? De Mañana _____ De Tarde _____ De Noche _____

¿Toma usted alguna medicina por receta médica? Si _____ No _____ Explique su condición: _____

¿Usa usted un marcapaso? Si _____ No _____ ¿Está usted embarazada? Si _____ No _____

MARQUE CON UNA “X” SI PADESE DE LAS SIGUENTES ENFERMEDADES:

ENFERMEDAD	X	ENFERMEDAD	X
Alcoholismo		Hipoglucemia – Nivel bajo de azúcar	
Alergias		Infecciones crónicas	
Alergia a comidas		Insomnio – problemas as dormir	
Anemia		Intolerancia lactosa	
Ansiedad		Lupus	
Acides estomacal – Úlceras		Mala digestión	
Asma		Menopausia	
Colesterol – Triglicéridos		Migraña	
Colitis		Osteoporosis	
Depresión		Presión arterial – Alta o Baja	
Diabetes		Problemas de circulación	
Dolor de coyunturas		Problemas de la piel – Acné, Soriasis, eczema, etc.	
Dolor de espalda		Problemas en la intimidad – sexuales	
Dolores de cabeza		Problemas intestinales – de evacuación	
Estreñimiento		Problemas menstruales o de PMS	
Fatiga		Retención de agua	
Fumar – cigarrillos – drogas		Tensión	
Gases		Tiroides	

FORMULARIO DE PRE-MATRICULA

¿Cuantos vasos de agua bebe al día? _____ (vasos de 8 onzas)

¿Cuanta cafeína consume cada día? Ninguna _____ 1-2 raciones _____ 3 ó mas raciones _____
Cafeína incluye: Café, Té, Soda, etc.

¿Toma usted vitaminas o suplementos nutricionales? Si _____ No _____ ¿Cuales de éstos toma?

¿Aproximadamente, cuanto dinero gasta en comida diariamente? Incluya comidas preparadas en casa o salidas a restaurantes, sodas, cafés, meriendas o comida ligera. **USTED** \$_____._____

FAMILIA \$_____._____

HÁBITO DE EJERCICIO

¿Hace usted ejercicio regularmente? Si _____ No _____

¿Cuanto tiempo hace que comenzó su plan de ejercicios? _____

¿Hace usted algún ejercicio aeróbico? Si _____ No _____ ¿De qué tipo? _____

¿A que intensidad hace éste ejercicio? Baja _____ Moderada _____ Vigorosa _____

¿Cuántas veces a la semana hace aeróbicos? Veces en semana ____ Minutos por sesión _____ (promedio)

¿Hace usted ejercicios de fortaleza muscular? Si _____ No _____ ¿De qué tipo? _____

¿A que intensidad hace éste ejercicio? Baja _____ Moderada _____ Vigorosa _____

¿Cuántas veces en semana hace éste ejercicio? Veces en semana ____ Minutos por sesión _____ (promedio)

¿Cómo describiría usted su nivel de actividad diaria? Liviano (trabajo de oficina) _____

Moderado (parado/a, caminando) _____

Pesado (trabajo de construcción) _____

ANALISIS METABÓLICO DEL
PROGRAMA DE BUENA SALUD “CORNERSTONE”

Exoneración de Responsabilidad:

Entiendo que el **Programa de Salud “Cornerstone”** provee análisis de composición del cuerpo usando el Electrografo Bio-Análogo ELGIII. Éste ha sido aprobado por la FDA como aparato medico clase II. La única restricción al uso del ELG es para personas que usan un marcapaso, ya que éste se opera por medio de baterías 9V. Un programa computarizado determinará la composición de mi cuerpo, y según el módulo de ejercicios, también me proveerá con recomendaciones de consumo calórico para así lograr las metas propuestas de pérdida de peso. Estas metas se basan en la proporción de masa magra versus grasa saludable para mi persona.

Entiendo que mi Instructor de Salud puede que me haga recomendaciones acerca de suplementos nutricionales en conjunto con un plan de dieta saludable. El **Programa de Salud “Cornerstone”** es solo disponible a través de médicos con programas de supervisión médica **“Cornerstone”**. El uso de los sustitutos de comidas de alta calidad ha sido probado clínicamente como el método más efectivo para la pérdida de peso a largo plazo, con estudios registrados por más de 10 años.

Entiendo que la base de estos productos está en los principios saludables de nutrición, y constituyen un elemento opcional en la evaluación del **Programa de Salud “Cornerstone”**.

**** No existe constancia médica directamente asociada con el uso de suplementos nutritivos. El resultado, en libras de peso, de cada cliente es variable, según la consistencia con que el cliente actuó conforme a su plan de dieta, y su plan de ejercicios.**

CLIENTE: _____ FECHA: _____
Firma

INSTRUCTOR
DE SALUD: _____ FECHA: _____
Firma

Nombre del Médico o de la Práctica

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono (xxx) xxx-xxxx

Nombre del Cliente:

Fecha de Cita:

Hora de Cita:

Evaluación de riesgos a su salud, de acuerdo con la composición de su cuerpo y hábitos de nutrición.

Favor de completar los formularios incluidos en esta solicitud antes de presentarse a su cita.

No se moleste en llenar la información dentro del cuadrado en la esquina superior derecha, primera página, ya que tales datos los llenara su Instructor de Salud durante su cita. Aunque éste examen se puede hacer a cualquier hora del día, se recomienda hacer la prueba antes de que su cuerpo se ejercite, es decir, en horas de la mañana, en reposo, o antes de empezar su plan de ejercicios diarios. Se recomienda también el no comer o beber 2 horas antes del examen. Para obtener los resultado más exactos posibles, se recomienda que programe sus citas de análisis subsiguientes a la misma hora (a.m. /p.m.) que su consulta inicial.

Si usted no puede cumplir con las sugerencias que le mencionamos, solo déjele saber al programador. De ésta manera se harán las anotaciones y ajustes precisos, para así obtener los resultados más exactos. El factor ECE (evidencia científica de error) de éste análisis es .05% correcto, por lo tanto, cambios en su dieta antes del examen pueden afectar el nivel de fluidos cuando tome la prueba nuevamente. Solo el nivel de fluidos en la masa magra se verá afectado, y no los resultados de proporción masa magra versus grasa.

Ésta prueba es segura, exacta, se basa en los resultados de un instrumento aprobado y clasificado por la FDA como aparato médico de Clase II. **La única restricción es para personas que usan un marcapasos.** Se requiere la firma de un padre o guardián para todo cliente de menor edad que desee tomar éste examen. La prueba se toma con ropa, parado(a) o acostado(a), y con electrodos especiales colocados en una mano y en un pié para facilitar la lectura del aparato. La prueba en si solo toma varios minutos, pero por favor permita por lo menos 30 minutos para la discusión de sus resultados.

Recomendamos hacerse el examen cada 30 días para así mantener un registro de su progreso. El análisis toma en cuenta la composición de su cuerpo, plan de ejercicios, y recomendaciones alimenticias para lograr metas de salud. Si se es constante con sus consultas, una persona puede esperar ver los por cientos de grasa reducir, y los por cientos de masa magra aumentar, en pruebas consecutivas.

Usted necesita establecer sus citas con nuestra oficina. En caso de que tenga que cancelar o cambiar su cita, favor de notificarnos con 24 horas de anticipación. Cancelaciones sin aviso previo conllevan un cargo de \$xxx.xx antes que una nueva fecha se pueda establecer.

Nuestro número directo es el (XXX) XXX-XXXX

Wednesday 1/9/08	2pm – 3pm	1hr	<u>8hr TOTAL</u>
Thursday 1/10/08	11am – 1pm	2hr	
	2pm – 5pm	3hr	
	8pm – 10pm	2hr	