

Perfil de Salud

Fecha: _____

La consulta dietética incluye un perfil de salud. El propósito del perfil de salud no es establecer un diagnóstico, sino determinar el estado de salud del cliente para guiar su plan de pérdida de peso. Se le puede aconsejar a un cliente que busque consejo médico en base a su perfil de salud.

Leyenda (Para uso de la clínica)**NPA** - Necesita la aprobación del médico prescriptor**NPC** - Necesita atención de un médico prescriptor**1. En general** (Por favor, utilice caracteres de imprenta)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apto./Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Profesión: _____

Referente: _____

Peso actual (libras): _____ Peso 1 año antes (libras): _____

Peso adulto mínimo (libras): _____ A la edad de: _____

Peso adulto máximo (libras): _____ Altura: _____

¿Hace usted ejercicio? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____¿Qué tan seguido? Diariamente Semanalmente Otros _____¿Ha estado a dieta antes? Sí No _____Si es así, por favor especifique cuál(es) dieta(s) y por qué cree que no funcionó para usted (es decir, demasiado rígida, demasiado trabajo de cocina necesario, etc.)

En una escala del 1 al 10, indique qué nivel de importancia le da a la pérdida de peso con el protocolo supervisado profesionalmente de Ideal Protein: (encierre uno en un círculo)

Menos importante **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Muy importante¿Cuál es su estado civil? Casado Soltero Viudo Divorciado Otro: _____

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántos años tienen? _____

¿Quién hace la mayor parte de la cocina en casa? _____

En promedio, ¿cuántas horas duerme por noche? _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

1. General (continued)

¿Quién es su médico de cabecera (médico de familia)? _____

Por favor, haga una lista de cualquier médico que usted visite y su especialidad (refiérase a la información médica para ver la lista de trastornos):

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

2. Diabetes N/A

¿Tiene usted diabetes? Sí No Si es no, pase a la siguiente sección.

¿De qué tipo? **Tipo I - Insulinodependiente (sólo inyecciones de insulina)**
 Tipo II - No insulinodependiente (pastillas para diabéticos)
 Tipo II - Insulinodependiente (pastillas para diabéticos e insulina)

¿Se controla su nivel de azúcar en la sangre? Sí No Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Si es así, ¿por quién? Yo Médico
 Otro - por favor especifique: _____

¿Tiende a ser hipoglucémico? Sí No

NOTA: Si actualmente está tomando medicamentos inhibidores del cotransportador de glucosa y sodio (SGLT-2), que incluyen Ebymect, Edistride, Forxiga, Invokana, Jardiance, Synjardy, Vokanamet y Xigduo, **USTED NO PUEDE EMPEZAR O ESTAR EN EL PROTOCOLO REGULAR DE IDEAL PROTEIN.** Por favor, hable con su instructor sobre nuestro Protocolo Alternativo.

3. Función Cardiovascular N/A

¿Ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> Arritmia (NPA)	<input type="checkbox"/> Hiperpotasemia (Potasio alto) (NPA)
<input type="checkbox"/> Coagulación de la sangre (NPA)	<input type="checkbox"/> Hipocalemia (Potasio bajo) (NPA)
<input type="checkbox"/> arterial coronaria (NPA)	<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta) (NPA)
<input type="checkbox"/> Heart attack (NPC)	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (NPA)
<input type="checkbox"/> Problema de Válvula Cardíaca (NPA)	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (NPA)
<input type="checkbox"/> Reemplazo de las válvulas cardíacas (porcino/mecánico) (NPA)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (NPC)
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Colesterol /triglicéridos altos)	<input type="checkbox"/> Por favor, seleccione uno (si corresponde):
	<input type="checkbox"/> Antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva actual (NPC)

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

3. Función Cardiovascular (cont.) N/A

¿Ha tenido usted **algún** tipo de cirugía cardíaca? Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

Otras condiciones: _____

Si ha respondido afirmativamente a cualquiera de las condiciones anteriores, indique **todas** las fechas de ocurrencia:

4. Función Renal N/A

Ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones:

Enfermedad Renal (NPA)

Trasplante de Riñón (NPA)

Cálculos Renales

¿Actualmente padece de gota? Sí No Desde cuando: _____

En caso afirmativo, ¿qué medicamentos se han recetado? _____

Si no, ¿alguna vez ha tenido gota? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estos eventos, por favor indique las fechas de los eventos. Para eventos múltiples, por favor especifique:

5. Función Hepática N/A

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad hepática? Sí No Fecha: _____

Si la respuesta es sí, por favor enumere: _____

¿Ha tenido alguna vez un incidente de cálculos biliares? Sí No

6. Función del Colon N/A

¿Tiene usted cualquiera de las siguientes condiciones?

Estreñimiento Diverticulitis

Enfermedad de Crohn Síndrome de colon irritable

Diarrea Colitis ulcerosa

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas condiciones, por favor indique las fechas de los eventos. Para eventos múltiples, por favor especifique:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

1 . Aler N/A

¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a los alimentos? Sí No

Si es así, especifique: _____

15. Eating Habits (Please provide honest answers so that we can help you)

BREAKFAST

Do you have breakfast every morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time: _____

Examples: _____

Do you have a snack before lunch? Yes Sometimes No Never

Approximate time: _____

Examples: _____

LUNCH

Do you have lunch every day? Yes Sometimes No Never

Approximate time: _____

Examples: _____

Do you have a snack before dinner? Yes Sometimes No Never

Approximate time: _____

Examples: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

DINNER

Do you have dinner every day? Yes Sometimes No Never
Approximate time: _____
Examples: _____

Do you have a snack at night? Yes Sometimes No Never
Approximate time: _____
Examples: _____

OTHER

Are you a vegan? Yes No
Strict vegans do not qualify due to too many dietary restrictions.

Are you a vegetarian? Yes No

Do you smoke? Yes No
If so, how many per day? _____
For how many years? _____

Do you drink alcohol? Yes No
If so, what and how often? _____

How many glasses of water do you drink per day? _____ glasses per day
How many cups of coffee do you drink per day? _____ cups per day

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

16. Medications & Supplements

Please list all prescription medications and supplements you are currently taking. Refer to the example in the first line.

Name of medication	Milligrams* per capsule	Number of capsules per day	Number of doses per day	Prescribing doctor	Reason for taking this medication
Vitamin X	500 mg	1	1 x a day	Dr. John Doe	Omega 3

*Or grams, mEq or dosage unit your doctor prescribes.

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

Confirmation of full health status disclosure by the client and agreement to arbitrate disputes

I confirm that the information that I have provided to my Ideal Protein™ Protocol service provider (the “Clinic”) and that is recorded by me on this Ideal Protein™ Health Profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted, whether in whole or in part, any information concerning my health status. In this respect, I confirm that I have disclosed all past and present i) physical and/or mental health problems or concerns that I have experienced, ii) diagnoses and/or surgeries that I have had, and iii) medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing, I specifically confirm that I do not have any of the **conditions** and that I am not taking any of the **medications specifically highlighted in purple / identified as NPC or NPA on this form**. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the Ideal Protein™ Protocol if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless i) I specifically consult with a medical doctor concerning my suitability to go on the Ideal Protein™ Protocol, ii) remain under the supervision of said medical doctor while I am on the Ideal Protein™ Protocol, and iii) provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if i) I have any of the aforementioned conditions or if I am currently taking any of the aforementioned medication, ii) have not disclosed same to the Clinic and iii) nevertheless chose to follow on the Ideal Protein™ Protocol without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I, for myself and my successors, release and discharge the Clinic as well as Ideal Protein of America Inc., their parent companies, subsidiaries and affiliates and each of their respective shareholders, directors, employees, agents, representatives, successors and assigns (collectively, the “Releasees”) from any and all damages, liability, claims and causes of action of any nature whatsoever (including for injury, illness or death) that may result from such voluntary and informed decision of following the Ideal Protein™ Protocol.

I confirm that the Ideal Protein™ Protocol has been explained to me, that I have had the opportunity to ask questions relating to the Ideal Protein™ Protocol, that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the Ideal Protein™ Protocol as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the period I will be following the Ideal Protein™ Protocol.

Without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the Ideal Protein™ Protocol limits the ingestion of certain foods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I am on the Ideal Protein™ Protocol.

I undertake to disclose immediately to the Clinic any and all changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am following the Ideal Protein™ Protocol.

I specifically agree that all claims against any of the Releasees that I may have or choose to make shall only be submitted to binding arbitration under the rules of the Arbitration Act or similar statute of my state of residence, and I waive any rights to pursue any claims or causes of action in any court of law.

Signed in _____ (city/state), on this _____ day of _____, 20_____.	
Name of witness (print):	_____
Name of client (print)	_____
_____	_____
Client Signature	Witness Signature

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____