



## Información del paciente - Terapia de Hidroterapia de Colon

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
¿Cómo nos encontraste? \_\_\_\_\_

**Usted no es elegible para recibir hidroterapia de colon si tiene alguno de los siguientes:  
Diálisis/enfermedad renal, insuficiencia renal o insuficiencia renal (insuficiencia renal),  
Cirrosis hepática, embarazo (primer trimestre).**

Tu debe proporcionar una receta médica para recibir tratamiento hoy si tiene alguna de las condiciones enumeradas:

Anemia (grave), Aneurisma, Carcinoma, Enfermedad cardíaca (hipertensión grave, no controlada/presión arterial alta), Enfermedad de Crohn, Insuficiencia cardíaca congestiva, Diverticulitis (grave o aguda), Fisuras/fístulas, Hemorragia/Perforación GI, Hemorroides (sangrado excesivo presente), Hernia (Abdominal encarcelado), Prostatitis, Cirugía abdominal reciente (últimos seis meses), Tumores, Colitis ulcerosa.

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí/No Si es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
¿Tomas algún medicamento, si es así cuáles? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna orden de malestar inmunológico? VIH+ \_\_\_\_\_ SIDA \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
Cáncer: ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
Cirugías: ¿Cuál y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Últimas radiografías? \_\_\_\_\_  
¿Última serie de quimioterapia? \_\_\_\_\_  
¿Enumerar cualquier otro trastorno que requiera hospitalización o atención médica? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un síncope vasovagal (desmayos)? Sí/No  
¿Alguna vez te has sometido a una hidroterapia de colon? Sí/No Si es así, ¿última serie? \_\_\_\_\_  
¿Resultados? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un enema de bario? Sí/No Si es así, ¿qué año? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez se ha realizado una colonoscopia? Sí/No Si es así, ¿qué año? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez te has sometido a una cirugía de colon? Sí/No Si es así, ¿qué año? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez te has sometido a una cirugía rectal? Sí/No Si es así, ¿qué año? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste tu dieta diaria? Círculo que se aplica

Comidas con proteínas y almidones	Pescado	Café/Té
Productos de harina blanca	Leche	Agua embotellada
Comida rápida/Restaurantes	Queso	Bebidas alcohólicas
Alimentos envasados	Productos sin azúcar/sin grasa	Antiácidos
Carne roja	Productos multigrano	Aspirina
Bocadillos nocturnos	Frutas/Verduras Frescas (Crudas)	Vitaminas
Refrescos	Frutas / Verduras enlatadas	Cigarrillos

POR FAVOR CONTINÚE ->

Deposiciones:

\_\_\_ Una o más veces al día  
\_\_\_ 2-3 veces por semana  
\_\_\_ Una vez por semana  
\_\_\_ 2-3 veces al mes

Tamaño: Pequeño/Mediano/Grande  
Color: Prieto / Rojo / Verde / Blanco  
/ Marrón claro / Marrón oscuro  
Forma: Lápiz / Bolitas / Tronco  
Delgado/Plano

¿Necesitas laxantes? Sí/No  
¿Olor? Sí/No ¿Te esfuerzas? Sí/No  
¿Tiene sangrado rectal? Sí/NO

¿Utilizas fibra? Sí/No Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_  
¿Haces ejercicio? Sí/No Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles son sus objetivos de salud? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién debemos llamar? Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que mi terapeuta no me ha recetado, no es y no prescribirá, (orden para su uso como medicamento) en ningún momento y yo, el abajo firmante, no los haré responsables de ello. El terapeuta me está ayudando con la higiene natural a petición mía y no está diagnosticando, no tratando enfermedades, ni practicando ninguna forma de medicina. Confirmando que no tengo las siguientes condiciones contraindicadas que me harían inelegible para la hidroterapia de colon: Diálisis / enfermedad renal, Insuficiencia renal o insuficiencia renal (insuficiencia renal), Cirrosis hepática, Embarazo (primer trimestre). Al firmar en la línea a continuación, estoy de acuerdo en que las preguntas anteriores fueron respondidas honestamente a mi leal saber y entender. Si se compró una serie de sesiones y decido cesar mis tratamientos, no se me emitirá un reembolso. Acepto tener una comunicación abierta con mi terapeuta sobre cualquier inquietud que tenga antes, durante y después de mi hidroterapia de colon. Por la presente doy mi consentimiento para este tratamiento de hidroterapia de colon y libero a la persona que realiza el procedimiento de hidroterapia de colon y a la instalación de la responsabilidad asociada con este y todos los tratamientos posteriores con lo entendido anteriormente.

Signatura: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

USO EN EL CONSULTORIO SOLO	Observaciones de hidroterapia de colon
Sistema: abiertas cerradas	
Ámbito: Niño adulto	
Recto: Piles-Int. Piles-Ext Fisura	
Ano: Cóccix púbico normal	
Intestino: Ptosis espástica atónica	
Residuos: Const. Diarrea Quimo Normal	
Moco: Nuevo Tóxico Normal	
Ciego: Tóxico Pesado Normal	
Gas: Fermentación putrefacción	