



ACUPUNTURA REDUCTIVA INFORMACIÓN

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

¿Esta embarazada o en planes de embarazo? Sí No

¿Ha recibido tratamiento cosmético en el abdomen? Sí / No

Del 1 a 10 como calificaría su abdomen actualmente: _____

¿Qué parte de su abdomen le gustaría mejorar?

¿Qué es lo que espera de nuestro tratamiento?

¿Tiene alguna dieta especial?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin Glutamina | <input type="checkbox"/> Bajos Carbohidratos | <input type="checkbox"/> Vegetariano |
| <input type="checkbox"/> Sin Lactosa | <input type="checkbox"/> Baja Sal | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sin Nueces (Alergia? Sí / No) | <input type="checkbox"/> Bajo Colesterol | |

¿Cómo considera su dieta actualmente? Excelente Buena Regular Mala

Regularmente en que consisten su alimentos diarios:

<input type="checkbox"/> Desayuno:	_____
<input type="checkbox"/> Comida:	_____
<input type="checkbox"/> Cena:	_____
<input type="checkbox"/> Entre Comidas:	_____

¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____

¿Qué deporte practica? _____

¿Ha perdido peso recientemente? No Sí (¿Cuantas libras? _____ ¿Como? _____)

¿Le gustaría perder peso? No Sí (¿Cuantas libras? _____)

Si usted quiere perder peso, ¿qué tan comprometido(a) esta?

Tratando actualmente Tratando de motivarme Solo deseándolo