

SISTEMA NUTRICIONAL- DESINTOXICACIÓN NATURAL

Analizamos las deficiencias nutricionales y determinamos que dosis de vitaminas, minerales y otros nutrientes deben ser tomados y por cuanto tiempo, si hay intoxicación y como manejarla. Detectamos áreas problema y diseñamos el camino más funcional para ayudar a mejorarla.

Todas tus respuestas serán tratadas como CONFIDENCIALES

NOTA. Si tienes dudas o palabras que no entiendes consulta un diccionario o nuestro glosario en la página web www.integrability.com.mx

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) día mes año

Dirección: _____
 Calle Núm. Colonia Delegación
 Ciudad Código Postal

Teléfono: _____ Cel: _____ E-mail: _____ Ocupación: _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____ ¿Embarazada? Si No
 día mes año

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____ Estado Civil: _____ ¿Fumas? Si No ¿Cigarrillos al día? _____

¿Realizas ejercicio? Si No ¿Que tipo? _____ ¿Tiempo? _____

¿Programa de Desintoxicación hecho? Si No ¿Cuándo? ____/____/____/____ ¿Recibiendo auditoración? Si No

1. ¿Que alimentos tiendes a comer más ?	SI NO	SI NO
Congelados/ Enlatados/ Procesados Instantáneos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. ¿Has estado expuesto a la radiación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carnes y legumbres frescas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. ¿Has estado expuesto a la radiación solar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orgánicos Alimentos naturales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. ¿Has usado herbicidas o preservativos de madera? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ¿Como describirías el medio donde vives actualmente?		10. ¿Manejas en trafico pesado diariamente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Urbano contaminación grave <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO
Urbano Contaminación moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Suburbano <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rural <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. ¿Has vivido por uno o más años en una ciudad grande? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4. ¿Has usado pesticidas e insecticidas en casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5. ¿Has trabajado con sustancias químicas toxica o cerca de ellas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. ¿Has trabajado en cualquier ocupación donde el aire contaminado era un factor ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO	

1. ¿Has ingerido drogas tales como "LSD", marihuana, cocaína, heroína, éxtasis etc.? SI NO
 ¿Cuáles? _____
 Frecuencia _____

2. ¿ Tomas alcohol ? SI NO ¿ Que cantidad: _____ y desde cuándo? _____

3. ¿ Has tomado medicinas y drogas que se venden sin receta tales como aspirinas, jarabes para la tos y descongestionantes nasales etc.? SI NO ¿Cuáles? _____
 Frecuencia _____

4. ¿Has usado tranquilizantes o drogas psiquiatras tales como Valium, Librium, Prozac etc.? SI NO
 ¿Cuáles? _____
 Frecuencia _____

5. ¿Te han recetado drogas medicas por alguna condición? Da detalles: _____

6. ¿Has sido tratado por un psicólogo o psiquiatra? SI NO Da detalles: (Motivo, tipo de tratamiento, terapia, tiempo etc.) _____

7. ¿Has sido internado en un hospital psiquiátrico? SI NO Da detalles: _____

8. ¿Te han dicho que tienes una enfermedad incurable? Da detalles: _____

9. ¿Anteriormente has tomado algún curso de salud o condición física? SI NO ¿Cuál? _____

10. Si es así, ¿Qué esperabas obtener de él antes de comenzarlo? _____
 ¿lograste tu propósito? SI NO

ENFERMEDADES GRAVES	FECHA	¿OPERACIONES ACCIDENTES O HERIDAS?	FECHA

ENFERMEDADES O MALESTARES PRESENTES	TRATAMIENTOS, RECOMENDACIONES:	MEJORÍAS

MEDICAMENTOS O NUTRIENTES TOMADOS	MOTIVO

ANÁLISIS NUTRICIONAL INTEGRABILITY®

En la siguiente sección tenemos una serie de síntomas y signos causados por deficiencias nutricionales, coloca a la derecha de cada uno el número de acuerdo a la siguiente escala de síntomas o signos que tengas o presentes

OCASIONAL O LEVE	(1)
FRECUENTE O REGULAR	(2)
CONSTANTE O INTENSO	(3)
SI NO LO PRESENTAS DEJALO EN BLANCO	()

Ejemplo: Pérdida de apetito (2) Nerviosismo (1) Fatiga () Estreñimiento (3)

Pies y manos frías ()	Ritmo irregular del corazón ()	Estremecimiento ()
Cabello reseco ()	Gas intestinal ()	Sudor, dolor y frío en manos y pies ()
Irritabilidad ()	Vómitos ()	Dolor en los músculos del Cuello ()
Nerviosismo ()	Mal aliento ()	Dolor en los músculos del Hombro ()
Obesidad ()	Los anteojos tienen que ser cambiados bastante seguido ()	Alergia a la lana ()
Friolento ()	Caída del pelo ()	Sensación de ardor en la Boca ()
Dolores de Cabeza ()	Indigestión ()	Tristeza ()
Presión del pecho y del Corazón ()	Pérdida del olfato ()	Aprehensión ()
Poco interés en la vida ()	Puntos blancos en las uñas ()	Amarillo en lo blanco de los ojos ()
Movimientos lentos ()	Crecimiento retardado ()	Molestia con el ruido ()
Dedos hinchados ()	Presión arterial alta ()	Inquietud ()
Cara y cuerpo hinchado ()	Esterilidad ()	Boca seca ()
Bocio ()	Madurez sexual retardada ()	Manchas en la piel ()
Debilidad general ()	Pérdida del sabor ()	Ceguera nocturna ()
Piel dolorosa ()	Cicatrización retardada ()	Piel áspera ()
Respiración deteriorada ()	Encías sangrantes ()	Irritación y ardor de ojos ()
Arteriosclerosis ()	Propenso a los desmayos ()	Ardor, escozor e inflamación de los párpados ()
Diabetes ()	Baja resistencia a infecciones ()	Problemas de sinusitis ()
Dificultad para respirar ()	Resfriados constantes ()	Esmalte suave de los dientes ()
Uñas quebradizas ()	Caries ()	Orzuelos ()
Fatiga ()	Hemorragias nasales ()	Flujo vaginal anormal ()
Piel pálida ()	Facilidad para magulladuras ()	Fatiga visual ()
Depresión ()	Hemorragia de las membranas de la boca ()	Intolerancia a la luz Brillante ()
Mareos ()	Dientes flojos ()	Menstruación abundante ()
Pérdida del sentido del Oído ()	Falta de concentración ()	Visión borrosa ()
Falta de coordinación Muscular ()	Heridas que no cicatrizan ()	Dificultad para adaptarse a la oscuridad ()
Vértigo ()	Tabaquismo ()	Párpados pegados en las Mañanas ()
Zumbidos en el oído ()	Trastornos glandulares ()	Inhabilidad para distinguir los Colores azul y amarillo ()
Pérdida del apetito ()	Alergias ()	Piel escamosa ()
Pérdida de peso ()	Diarrea ()	Caspa ()
Aversión por el sexo Opuesto ()	Eccema ()	Forúnculos ()
Aversión por el trabajo ()	Bajo de peso ()	Quijadas subdesarrolladas ()
Miedo a lo desconocido ()	Venas varicosas ()	Colesterol alto ()
Entumecimiento en las Extremidades ()	Pelo reseco y quebradizo ()	Hipersensibilidad al ruido y al dolor ()
Pérdida del tono muscular en extremidades ()	Cálculos biliares ()	Olvidadizo ()
Parálisis ()	Abortos ()	Neuritis ()
Tendencia a bronquitis ()	Palpitaciones ()	Jaqueca ()
Tendencia a artritis ()	Calambres musculares ()	Ojos vidriosos, sanguinolientos ()
Miedo del mañana ()	Preocupado ()	Cruda ()
Gusto ácido en la boca ()	Quejándose sobre cosas Pequeñas ()	Ciática ()
Garganta seca ()	Formación de quistes ()	Falta de orina ()
Dolor en la nuca ()	Dificultad en el pensar ()	Menstruación dolorosa ()
Piel picosa y seca ()	Dolor de cabeza (mucho más en la tarde) ()	Estado de ánimo bajo ()
Tobillos hinchados ()	Falta de voluntad ()	Pérdida en el sentido del Humor ()
Dolor en los ovarios ()	Falta de valor ()	Nervios de punta ()
Amigdalitis ()	Languidez ()	Mala percepción ()
Fiebre ()	Demasiada salivación ()	Color de la piel grisáceo ()
Problemas en los riñones ()	Fatiga al subir escaleras ()	Problemas de crecimiento ()
Problemas del hígado ()	Confusión ()	Intolerancia a las grasas ()
Acné ()	Desorientación ()	
Insomnio ()	Pulso rápido ()	
Sed continua ()		
Reflejos débiles ()		

Ulceras sangrantes del estómago ()	Comisuras de labios con grietas ulceradas ()	Dificultad para hablar ()
Cabello cano prematuro ()	Lengua roja y adolorida ()	Dificultad para caminar ()
Alucinaciones ()	La luz brillante es molesta ()	Dolor del brazo y del hombro ()
Alcoholismo ()	Ojos que se cansan fácilmente ()	Sentirse como muerto ()
Agitación ()	Sensación de ardor en los párpados ()	Picor en los ojos ()
Melancolía ()	Perdida de la visión a distancia ()	Pérdida de la energía mental ()
Ulceras en labios y boca ()	Manchas escamosas entre la nariz y labios ()	Dolor de los músculos faciales ()
Hipoglucemia ()	Piel grasosa ()	Polineuritis ()
Envejecimiento prematuro ()	Lengua hinchada ()	Sensación de ardor en la boca y garganta ()
Artritis ()	Pelo grasoso ()	Miopía ()
Asma ()	Ardor vaginal ()	Mal metabolismo ()
Hipersensibilidad de la piel al sol ()	Sensación anormal en las piernas ()	Huesos y dientes quebradizos ()
Impotencia ()	Temblor ()	Falta de vigor alternado con inquietud ()
Pelo opaco ()	Mareo y pereza ()	Articulaciones hinchadas ()
Agrandamiento de la próstata ()	Convulsiones en la infancia ()	Piernas curvas ()
Circulación obstruida ()	Inhabilidad para aprender ()	Convulsiones ()
Colitis ()	Movimientos convulsivos (Corea Menor) ()	Problemas emocionales ()
Exhausto ()	Síndrome de Meniere (Vértigo, zumbido de oídos, sordera) ()	Esquizofrenia ()
Problemas de menstruación ()	Propenso a desmayos ()	Hiperactividad ()
Partos prematuros ()	Nauseas y vómitos matutinos ()	Transtorno del aprendizaje ()
Síndrome de menopausia (bochornos, dolores de cabeza, irritabilidad, depresión) ()	Parálisis muscular ()	Drogadicción ()
Accesos súbitos de calor ()	Psoriasis ()	Desórdenes de la conducta en los ancianos ()
Abortos repetidos ()	No poder recordar sus sueños ()	Transtornos psiquiátricos ()
Quistes crónicos en pechos ()	Incapacidad para doblar los dedos de las manos ()	Dependencia al cigarro ()
Cataratas ()		Estreñimiento ()
Lagrimo ()		

ANÁLISIS INTOXICACIÓN INTEGRABILITY®

	SI	NO
1. ¿Has encontrado que algunas veces tienes menos energía de la que quisieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tienes menos ambición de la que tenías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Evitas el comunicarte con otros de vez en cuando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te sientes inseguro e incierto de ti mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Dices o haces cosas de las que más tarde te arrepientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te sientes menos estable de lo que eras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Frecuentemente tienes desacuerdos con la gente que vives o trabajas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Experimentas enojo reprimido hacia el comportamiento o acciones de los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Sientes que la vida ahora es menos divertida de lo que solía ser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿No eres tan capaz como quisieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Sientes que tienes menos energía y entusiasmo de lo que solías tener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿El ambiente parece menos brillante de lo que era?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Estas menos interesado en aprender acerca de nuevas cosas de lo que solías estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Encuentras difícil levantarte por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Te sientes cansado por la tarde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Te parece la vida irreal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Te sientes menos alerta mentalmente de lo que quisieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Se ve tú piel tan saludable como quisieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Algunas veces te sientes incapaz de pensar tan claramente como quisieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Encuentras que eres incapaz de comprender cosas tan bien como lo hacías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Estas más irritable y temperamental que en años pasados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿De lo anterior que te esta afectando más? _____		

¿Actualmente tienes dificultades o problemas en tu vida? _____

¿Hay algún aspecto específico de tu vida que este arruinándote o te cause problemas en un grado considerable? _____

¿Sufres altibajos? Da detalles: _____

¿En tu vida que te gustaría cambiar más que cualquier cosa? _____

Las porciones de vitaminas y minerales deberán estar en proporción entre ellas y dicho equilibrio deberá ser determinado por especialistas que conocen como hacerlo. LRH