

***Si hubiera una cosa que pudieras cambiar de tu salud el día de hoy o prevenir en el futuro, ¿qué sería?*** \_\_\_\_\_

Toda información es privada y confidencial

	Tu	Familiares & Amigos	Nombre
<b>Energía</b> (y/o Una alternativa más saludable a las bebidas energéticas)	Si	Si	
<b>Perder Peso</b>	Si	Si	
<b>Flexibilidad Articulaciones/Ligamentos</b> (Túnel Carpal, Artritis, A. Reumatoide, Ortopedia, etc)	Si	Si	
<b>Cuidado del azúcar en la sangre</b>	Si	Si	
<b>Salud del Corazón</b> (Presión sanguínea, niveles de colesterol, vascular, coagulación, Circulación)	Si	Si	
<b>Salud Respiratoria</b> (Asma, Alergias, Apnea del sueño, etc)	Si	Si	
<b>Salud Digestiva</b> (Acidez, Ulceras, Irritación, Crohn, Colitis, etc)	Si	Si	
<b>Mejoría en estados de Bienestar</b> (Estrés, ansiedad, depresión)	Si	Si	
<b>Alivio de Dolor/Inflamación</b>	Si	Si	
<b>Alivio en Pies/Músculos</b> (Gota, Calambres, Piernas Inquietas)	Si	Si	
<b>Funciones inmunológicas Saludables</b> (Catarrros, gripas, enfermedades autoinmunes)	Si	Si	
<b>Salud de la Piel</b> (Eczema, Psoriasis, Acne)	Si	Si	
<b>Mejoría del Sueño</b>	Si	Si	
<b>Otros Problemas de Salud</b> _____			

¿Toma vitaminas o hierbas de algún tipo? Si Si

¿Está bajo la supervisión de un profesional de la salud? Si Si

¿Toma medicamento por prescripción? Si Si

***¿Existe alguna razón por la cual no estaría dispuesto a usar un producto que trate estas condiciones?*** \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_