



## **SERVICIOS Y PRODUCTOS**

+1 (786) 969-4600  
[thobershealth@gmail.com](mailto:thobershealth@gmail.com)  
Florida - USA

### ***El Papel de los Fitoterapeutas Clínicos***

- Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo del cliente), entiendo que los Fitoterapeutas de Thober's Health no son médicos ni nutricionistas, por lo tanto, está fuera de su ámbito diagnosticar o curar enfermedades o recetar medicamentos farmacéuticos.
- Entiendo que el papel fundamental de los Fitoterapeutas de Thober's Health es educar, motivar y apoyar a los clientes en sus objetivos para mejorar la salud y el bienestar.
- Entiendo que cada persona es única, y los Fitoterapeutas de Thober's Health consideran las necesidades individuales del cliente para sugerir un protocolo adecuado, que puede incluir recomendaciones para promover el equilibrio físico, emocional y espiritual.
- Entiendo que las consultas y reconsultas con los Fitoterapeutas de Thober's Health se realizan en línea, a través de videollamadas por FaceTime, WhatsApp, Google Meet o Zoom. La duración estándar de cada consulta o reconsulta es de aproximadamente una hora. Para un seguimiento más efectivo, además de las consultas y reconsultas, se solicita a los clientes que envíen por e-mail, una vez a la semana, un informe sobre los resultados del protocolo sugerido.

### ***Derechos y Responsabilidades del Cliente***

- Entiendo que los datos del cliente son confidenciales, a menos que el propio cliente haga una solicitud por escrito indicando lo contrario.
- Entiendo que mantener un estilo de vida y una dieta saludable es crucial para que el organismo se mantenga en estado de equilibrio.
- Entiendo que, si el cliente está tomando medicamentos farmacéuticos recetados, es responsabilidad exclusiva del cliente discutir con su médico cualquier cambio o interrupción de dichos medicamentos. Pueden ser necesarios ajustes a los medicamentos recetados a medida que el cuerpo recupera su equilibrio.
- Entiendo que los productos herbarios pueden tener efectos diferentes en cada persona.
- Entiendo que las plantas son una amplia fuente de nutrientes, pero si el cliente experimenta algún efecto adverso mientras utiliza el protocolo de Thober's Health, debe suspender inmediatamente el uso de los productos herbarios sugeridos y contactar a Thober's Health lo antes posible.
- Entiendo que es responsabilidad exclusiva del cliente recordar de enviar los informes semanales de seguimiento por e-mail a Thober's Health.

## **Pagos y Agendamientos**

- Entiendo que los precios de los servicios de Thober's Health se basan en el nivel de complejidad, el tiempo necesario para el acompañamiento, el número de consultas y la cantidad de informes de seguimiento enviados por e-mail.
- Entiendo que los servicios y productos de Thober's Health no están cubiertos por planes de salud.
- Entiendo que se requiere un depósito inicial cuando el cliente decide contratar los servicios de Thober's Health, y el saldo debe ser pagado antes de la primera consulta.
- Entiendo que las opciones de pago son mediante Zelle o tarjeta de crédito.
- Entiendo que el precio de los paquetes de consultas no incluye los productos. Los productos herbarios de Thober's Health se venden por separado.
- Entiendo que para cancelar o reprogramar una consulta se debe notificar por escrito con al menos 24 horas de anticipación a la hora programada; de lo contrario, se cobrará una tarifa de \$50.00, excepto en casos de emergencia.

## **Seguridad y Reconocimiento**

- Entiendo que la seguridad es una prioridad en los servicios de Thober's Health. Es responsabilidad exclusiva del cliente informar sobre cualquier medicamento, herbario o suplemento que esté consumiendo actualmente.
- Entiendo que algunos productos herbarios no deben ser consumidos a largo plazo, por lo tanto, se recomienda el acompañamiento profesional.
- Entiendo que, si una mujer queda embarazada mientras utiliza el protocolo de Thober's Health, deberá suspender inmediatamente el uso de los productos herbarios y contactar a Thober's Health lo antes posible.
- Entiendo que una mujer embarazada o en período de lactancia no debe utilizar productos herbarios sin recibir orientación profesional.
- Entiendo que, si el cliente debe someterse a una cirugía mientras esté utilizando el protocolo de Thober's Health, deberá suspender el uso de productos herbarios al menos catorce (14) días antes de la cirugía y contactar a Thober's Health lo antes posible.
- Entiendo que los productos herbarios deben mantenerse fuera del alcance de los niños.
- Entiendo y reconozco que Thober's Health no promete ni garantiza la cura de enfermedades.

*Por favor, indique que ha leído y comprendido la información anterior proporcionando su firma y la fecha a continuación.*

*Firma del cliente* \_\_\_\_\_

*Fecha* \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE ANAMNESIS

+1 (786) 969-4600

[thobershealth@gmail.com](mailto:thobershealth@gmail.com)

Florida - USA

**Escala: Del 0 al 10 (0 = 0% Poco/Malo; 10 = 100% Mucho/Bueno)**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (més/día/año) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ ¿Vives en un área urbana o rural? \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Teléfono/Whatsapp \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Circunferencia abdominal \_\_\_\_\_

¿Has tenido un cambio de peso recientemente? \_\_\_\_\_ Más \_\_\_\_\_ Menos \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿qué tan satisfecho(a) estás con tu peso actual? \_\_\_\_\_

Educación \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ ¿Tienes hijos(as)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las edades de los hijos(as)? \_\_\_\_\_

Describe **EN ORDEN CRONOLÓGICA** (del primero al último) tus principales problemas de salud

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_

¿Tienes diagnóstico médico? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tienes copias de tus exámenes? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Puedes enviar los exámenes más recientes por e-mail en formato PDF?  Sí  No  
Describe las acciones que ya has tomado para solucionar tus problemas de salud

---

---

---

Si estás tomando medicamentos farmacéuticos recetados o de venta libre, lista **EN ORDEN CRONOLÓGICA** (del primero al último) los nombres de los medicamentos, la dosis, el motivo para tomarlos y cuánto tiempo llevas tomando los

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_

¿Actualmente estás usando plantas o suplementos? Describe

- 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

**MARQUE ABAJO SOLO LAS OPCIONES QUE APlican a SU SALUD ACTUAL**

#### **SISTEMA GASTROINTESTINAL / DIGESTIVO**

- Náuseas     Vómito     Diarrea     Estreñimiento     Mal aliento  
 Indigestión     Dolor abdominal     Flatulencia     Acidez     Reflujo  
 Sangre en las heces     Dolor rectal     Dolor al evacuar     Hemorroides  
 Hinchazón abdominal     Anorexia     Falta de apetito     Hambre intensa  
 Antojo intenso por azucar     Intolerancia alimentaria     Dificultad para tragar  
 Pólipos     Enfermedad de Crohn     Grasa en el hígado     Hepatitis  
 Fibrosis hepática     Cirrosis     Colitis     Diverticulitis     Pancreatitis  
 Gastritis     Úlcera     Otro \_\_\_\_\_
-

## ESCALA DE HECES DE BRISTOL



**TIPO 1** Trozos duros separados, que pasan con dificultad. **ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE**



**TIPO 2** Como una salchicha compuesta de fragmentos. **LIGERO ESTREÑIMIENTO**



**TIPO 3** Con forma de morcilla con grietas en la superficie. **NORMAL**



**TIPO 4** Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. **NORMAL**



**TIPO 5** Trozos de masa pastosa con bordes definidos. **FALTA DE FIBRA**



**TIPO 6** Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. **LIGERA DIARREA**



**TIPO 7** Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. **DIARREA IMPORTANTE**

Según la tabla arriba, ¿en qué tipo se clasifican sus heces? Tipo # \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia evacúas? \_\_\_\_\_

---

### SISTEMA ENDOCRINO / METABOLISMO

- Hipoglucemia (glucosa baja)     Hiperglucemia (glucosa alta)     Diabetes tipo 1  
 Diabetes tipo 2     Hipotiroidismo     Hipertiroidismo     Síndrome metabólica  
 Trastorno de la glándula pituitaria     Trastorno de la glándula pineal  
 Hashimoto     Sudor nocturno     Fatiga de las glándulas suprarrenales  
 Dificultad para ganar peso     Intolerancia al calor o frío     Metabolismo lento  
 Sed excesiva     Sobre peso     Caída súbita de energía     Otro \_\_\_\_\_
- 

### SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Hipotensión (presión baja)     Hipertensión (presión alta)     Dolor en el pecho  
 Desmayo     Arritmia     Insuficiencia cardíaca congestiva     Infarto  
 Manos o pies fríos     Trombosis     Mala circulación     Colesterol alto  
 ACV     Arteriosclerosis     Aterosclerosis     Enfermedad arterial periférica  
 Anemia     Hinchazón en los tobillos     Hinchazón en las articulaciones  
 Varices     Síndrome de Raynaud     Otro \_\_\_\_\_

## **SISTEMA INMUNE / LINFÁTICO**

Artritis reumatoide     Enfermedades autoinmunes     Fibromialgia     Gota  
 Lupus     Fatiga crónica     Alergias crónicas     Infecciones frecuentes  
 Enferma con frecuencia     Glándulas linfáticas inflamadas     Herpes     VIH  
 Congestión linfática     Linfedema     Leucemia     Linfoma     Escalofríos  
 Esclerosis múltiple     Fiebres frecuentes     Otro \_\_\_\_\_

## **SISTEMA URINARIO**

Dolor al orinar     Orinar con frecuencia     Urgencia urinaria     Incontinencia  
 Flujo urinario débil     Dificultad para orinar     Orinar varias veces por la noche  
 Vaciado incompleto de la vejiga     Sangre en la orina     Infección urinaria  
 Infección en la vejiga     Retención de agua     Ojeras     Fallos renales  
 Dolor en la parte inferior de la espalda     Otro \_\_\_\_\_

## **SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**

Dolor en el cuello     Dolor muscular     Rigidez muscular     Tendinitis  
 Dolor en la espalda     Dolor en las articulaciones     Debilidad muscular  
 Ligamento roto     Bursitis     Hueso roto     Rigidez en las articulaciones  
 Restricción de movilidad     Osteopenia     Osteoporosis     Osteoartritis  
 Artrosis     Esguinces     Calambres     Otro \_\_\_\_\_

## **PIEL / UÑAS / CABELLO**

Erupciones cutáneas     Piel seca     Heridas con cicatrización lenta  
 Urticaria     Picazón     Acné     Dermatitis     Eccema     Psoriasis  
 Cáncer de piel     Aplicación de botox     Pérdida excesiva de cabello  
 Cabello seco     Cabello graso     Pintar el cabello     Micosis en las uñas  
 Uñas frágiles     Caspa     Otro \_\_\_\_\_

## **SISTEMA RESPIRATORIO**

Tos frecuente     Tos con sangre     Bronquitis     Asma     Pleuritis  
 Neumonía     Dolor al respirar     Dificultad para respirar     Rinitis alérgica  
 Líquido en los pulmones     Producción excesiva de moco     Tuberculosis  
 Sibilancias frecuentes     Estornudos frecuentes     Nariz que moquea  
 Otro \_\_\_\_\_

## **SISTEMA REPRODUCTIVO FEMENINO**

- Embarazada     Amamantando     Ciclos irregulares     Sangrado intenso  
 Cólicos menstruales dolorosos     Dolor en los senos     Senos fibrocísticos  
 Infertilidad     Uso de anticonceptivos     Menopausia     Bajo libido  
 Sofocos     Reemplazo hormonal     Endometriosis     Miomas     Quistes  
 Aborto involuntario     Aborto voluntario     Enfermedad de transmisión sexual  
 Displasia cervical     Oscilaciones dramáticas del estado de ánimo     SPM  
 Ligadura de trompas     Histerectomía     Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **SISTEMA REPRODUCTIVO MASCULINO**

- Hiperplasia prostática benigna     Reemplazo hormonal     Dolor testicular  
 Nivel elevado de PSA     Bajo libido     Baja contagem de espermatozoides  
 Infertilidad     Disfuncion erectil     Enfermedad de transmisión sexual  
 Vasectomia     Otro \_\_\_\_\_

## **SISTEMA NERVIOSO**

- Insomnio     Mala calidad del sueño     Lapsos de memoria     Memoria débil  
 Demencia     Parkinson     Alzheimer     Adormecimiento     Convulsiones  
 Pérdida de equilibrio     Falta de coordinación     Irritabilidad     Ansiedad  
 Ataques de pánico     Depresión     Dolores de cabeza frecuentes     Migraña  
 Altos niveles de estrés     Sentimiento de sobrecarga     Neuropatía  
 Neuralgia     Dificultad para concentrarse     TDAH     Autismo (TEA)  
 Otro \_\_\_\_\_

## **CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA**

- Catarata     Glaucoma     Visión borrosa     Visión fluctuante     Laringitis  
 Faringitis     Audición deficiente     Dolor de oído     Infecciones de oído  
 Dolor de garganta     Moco en la garganta     Aftas     Encías sangrantes  
 Encías retraídas     Bruxismo     Dolor de muela     Resfriados frecuentes  
 Sinusitis     Congestión nasal     Dolor facial     Mandíbula que chasquea  
 Sangrado nasal frecuente     Tinnitus     Glándulas hinchadas     Mareos  
 Otro \_\_\_\_\_

Describe preocupaciones adicionales sobre tu salud \_\_\_\_\_

---

---

¿Has realizado exámenes de rutina anual? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Cuál es tu presión arterial? \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia grave o relevante a alimentos, medicamentos, plantas o suplementos? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Has tenido algún accidente grave? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Has pasado por alguna cirugía? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Has tenido algún trasplante o extracción de órgano? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Has recibido algún tipo de implante o prótesis? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Tienes o has tenido cálculos renales? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Tienes o has tenido cálculos en la vesícula? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Tienes o has tenido quistes, nódulos o bultos? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Tienes o has tenido algún tumor benigno o maligno? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Tienes manchas, grietas, coloración inusual o forma atípica en la lengua? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Te han extraído algún diente? ¿Has hecho algún injerto óseo? ¿Usas un implante dental? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Has sido hospitalizado(a) en los últimos 12 meses? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Has tomado algún antibiótico en los últimos 12 meses? Por favor, describe \_\_\_\_\_

---

¿Has viajado a otro país en los últimos 12 meses? Describe \_\_\_\_\_

---

¿Haces ejercicio regularmente o practicas deportes?  Sí  No

Describe \_\_\_\_\_

En tu rutina diaria, ¿pasas mucho tiempo de pie, sentado o caminando? Describe \_\_\_\_\_

En tu rutina diaria, ¿cargas mucho peso o realizas tareas repetitivas? Describe \_\_\_\_\_

¿Has tenido COVID-19? Describe \_\_\_\_\_

¿Te has vacunado contra el COVID-19? ¿Cuál? ¿Cuántas dosis? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de enfermedades graves en tu familia (padres, hermanos, abuelos, tíos, tías, etc.)? Describe \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu salud física actual? \_\_\_\_\_

Describe tu historial de salud emocional \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu temperamento dominante?

Sanguíneo  Flemático  Colérico  Melancólico

¿Tu rutina diaria es calma o estresante? Describe \_\_\_\_\_

¿Has pasado por situaciones extremadamente estresantes o traumáticas en tu vida?

Describe \_\_\_\_\_

¿Tienes tiempo de ocio?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Tienes mascotas en casa (perro, gato, pájaro, etc.)? Describe \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu relación familiar? \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu nivel de relaciones sociales y amistades con otras personas? \_\_\_\_\_

*En una escala del 0 al 10, ¿qué tan satisfecho(a) estás con tu trabajo actual? \_\_\_\_\_*

*En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu salud financiera? \_\_\_\_\_*

*En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu salud emocional actual? \_\_\_\_\_*

*Describe tu historial de salud espiritual \_\_\_\_\_*

---

*En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu salud espiritual actual? \_\_\_\_\_*

*¿Estás usando actualmente o has usado drogas ilícitas? Describe \_\_\_\_\_*

---

*¿Estás usando actualmente o has usado tabaco (cigarrillos, puros, etc.)? Describe \_\_\_\_\_*

---

*¿Eres actualmente o has sido dependiente del alcohol? Describe \_\_\_\_\_*

---

*Describe tu rutina de desayuno, incluyendo la hora y los alimentos que normalmente consumes \_\_\_\_\_*

---

---

---

*Describe tu rutina de almuerzo, incluyendo la hora y los alimentos que normalmente consumes \_\_\_\_\_*

---

---

---

*Describe tu rutina de cena, incluyendo la hora y los alimentos que normalmente consumes \_\_\_\_\_*

---

---

---

*¿Consumes alimentos a diferentes horas que el desayuno, el almuerzo y la cena? Describe \_\_\_\_\_*

---

---

**MARQUE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN QUE APLICAN A TU DIETA ACTUAL**

- Alimentos con gluten (pan, pastas...)     Alimentos con carbohidratos refinados  
 Carne roja     Aves     Mariscos     Alimentos con azúcar     Dulces  
 Edulcorantes     Carnes procesadas (salchichas, jamón, salami...)     Té  
 Café     Chocolate     Leche animal     Lácteos (queso, helado...)  
 Refrescos     Jugos procesados     Frijoles     lentejas     garbanzos  
 Arroz     Quinoa     Huevos     Nueces     Frutos secos     Semillas  
 Sazonadores artificiales     Vegetales     Frutas     Alimentos caseros  
 Alimentos listos     Comida rápida     Alimentos hechos en microondas  
 Fritos     Aceites de canola, soja, maíz, girasol     Aceites de coco, aguacate  
 Aceite de oliva     Alimentos de restaurantes     Chips     Otro \_\_\_\_\_
- 

¿Cuál es tu ingesta diaria de agua? ¿Cuántos litros? \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas la calidad de tu alimentación? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duermes cada 24 horas? ¿A qué hora sueles dormir y despertar?

Describe \_\_\_\_\_

¿Tomas algún medicamento para dormir?  Sí  No

¿Roncas mientras duermes?  Sí  No

¿Tienes apnea del sueño?  Sí  No

En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas la calidad de tu sueño? \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿cómo evalúas tu estado general de felicidad? \_\_\_\_\_

En una escala del 0 al 10, ¿cuál es tu nivel de compromiso para desarrollar un estilo de vida equilibrado y saludable? \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de los servicios y productos de Thober's Health? \_\_\_\_\_

---

Firma del cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**“Jesús contestó, yo soy el camino, la verdad y la vida. Nadie llega al Padre sino por mí.” Juan 14:6**