



SERVICIOS Y PRODUCTOS

+1 (786) 969-4600

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

Florida - USA

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

Nombre completo _____

Fecha de nacimiento (mes/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 azúcar ☐ 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 ___ Sobrepeso ___ 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