



Workbook de bienvenida

VAMOS A
TRABAJAR EN TÍ

La Salud es belleza y la belleza es salud.

disanté
SALUD Y BELLEZA INTEGRATIVA



Comenzamos con...

INGRESO

FECHA	NOMBRE	RUT:
DIRECCIÓN		WHATSAPP:
EMAIL		OCUPACIÓN:
CONTACTO DE EMERGENCIA:		NÚMERO DE CELULAR:

¿Método de contacto preferido?

EMAIL WHATSAPP LLAMADA

TU INVERSIÓN EN SALUD

Para brindarte la mejor asistencia posible, te solicitamos amablemente que compartas tus principales motivaciones para invertir en tu salud general en la actualidad. Tómese un momento para reflexionar sobre sus motivaciones y objetivos de salud. Compartir esta información me ayudará a adaptar mi trabajo a tus necesidades, valores y aspiraciones únicas. Recuerda, aquí no hay una respuesta "correcta" o "incorrecta": se trata de tu viaje personal y me siento honrada de ser parte de él. Escribe a continuación tu(s) razón(es) principal(es) para invertir en tu salud:

Informaré al profesional sobre mi estado de salud actual, hábitos alimentarios, medicamentos, cirugías y cualquier cambio en mi estado de salud en el momento de cada consulta.

FECHA:
NOMBRE:
FIRMA:



Workbook

INGRESO

Experiencias previas

¿Ha intentado alcanzar estos objetivos en el pasado? Si es así, ¿qué estrategias utilizó y cuáles fueron los resultados? ¿Qué barreras o desafíos enfrentó?

Tu compromiso

En una escala del 1 al 10, donde 1 es "nada comprometido" y 10 es "completamente comprometido", ¿qué tan comprometido está para realizar cambios en su nutrición y estilo de vida para lograr estos objetivos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Su sistema de apoyo

¿Quién en tu vida te apoyará mientras trabajas en lograr estos objetivos? ¿Cómo podrían ayudarte?

Tus expectativas

¿Qué espera obtener del programa metamorfosis? ¿Qué haría que esta fuera una experiencia exitosa para usted?



Workbook

METAS DE SALUD

Por favor, proporcione tanta información como sea posible. Esto permitirá que su programa se personalice y se alinee estrechamente con sus requisitos y objetivos específicos.

¿Cuáles son sus principales objetivos de salud y bienestar?

- Pérdida de peso
- Nutrición mejorada
- Mejora de la salud física (salud del corazón, salud de los huesos, etc.)
- Manejo de enfermedades (diabetes, enfermedades cardíacas, etc.)
- Aumento de los niveles de energía
- Salud mental mejorada
- Nutrición durante el embarazo
- tratando de concebir
- Dormir mejor
- Otros (especificar)

¿Qué desafíos ha enfrentado para lograr estos objetivos en el pasado?

- Falta de conocimiento
- Falta de motivación
- Dificultad para cambiar hábitos.
- Limitaciones de tiempo
- Otros problemas de salud
- Otros (especificar)



Workbook

¿CUÁLES SON TUS PRINCIPALES OBJETIVOS?

Por favor, proporcione tanta información como sea posible. Esto permitirá que su programa de entrenamiento se personalice y se alinee estrechamente con sus requisitos y objetivos específicos.

¿Qué espera obtener al trabajar con un psiconeuroinmunólogo?

- Orientación experta
- Responsabilidad
- Plan de alimentación personalizado
- Recetas
- Recursos nutricionales
- Apoyo y motivación
- Herramientas para el éxito
- Otros (especificar)

¿Con qué aspectos de tu nutrición tienes más dificultades?

- Planificación de comidas
- Control de porciones
- Comer comidas balanceadas
- Merienda
- salir a comer
- Comer emocionalmente
- Culpa al comer
- Otros (especificar)



Workbook

CONDICIONES MÉDICAS

Esta página está dedicada a explorar cualquier condición médica que pueda tener o haber tenido en el pasado. Toda la información que usted proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.

Condiciones médicas

Por favor marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica |
| <input type="checkbox"/> Trastorno digestivo (SII, etc.) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Desorden metabólico | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides (hipotiroidismo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Desorden sanguíneo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Condiciones de la piel (eccema, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nefropatía | <input type="checkbox"/> Alergias (nueces, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sensibilidades (alimentos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Exceso de peso |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune (Hashimoto, etc.) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de salud mental (ansiedad, etc.) | <input type="checkbox"/> Bajo peso |
| <input type="checkbox"/> endometriosis | <input type="checkbox"/> SOP (Síndrome de ovario poliquístico) |

Otros:



Workbook

HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene antecedentes familiares de condiciones de salud que debemos considerar al desarrollar tu plan?

Esto podría incluir enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos genéticos entre los miembros de su familia inmediata (padres, hermanos e hijos) o incluso sus abuelos. La información sobre el historial de salud de su familia puede ayudarnos a comprender posibles predisposiciones genéticas y personalizar mejor sus recomendaciones nutricionales. Si hay un patrón de enfermedades o condiciones específicas en su familia, proporcione tantos detalles como sea posible.

Salud mental

- Ansiedad
- Depresión
- Bajo estado de ánimo
- Trastorno afectivo estacional
- (SAD)
- Anorexia nerviosa
- Bipolar
- Esquizofrenia
- Trastornos de la alimentación
- Bulimia nerviosa
- Atracones

Proporcione información adicional y cualquier medicamento que esté tomando actualmente.



Workbook

WOMEN'S HEALTH

Ciertos aspectos de la salud de la mujer pueden influir significativamente en las necesidades y recomendaciones nutricionales.

Si corresponde, proporcione información sobre las siguientes áreas:

Historia del embarazo

Estás embarazada actualmente? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas tienes?

¿Está tomando algún suplemento prenatal o algún suplemento adicional?

¿Has estado embarazada antes? Si es así, ¿cuántas veces?

¿Ha experimentado alguna complicación durante el embarazo?

Salud menstrual

¿Experimenta ciclos menstruales irregulares o algún otro problema relacionado?

Yes No

En caso afirmativo, especifique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Períodos irregulares | <input type="checkbox"/> Periodos largos (más de 7 días) |
| <input type="checkbox"/> Períodos perdidos | <input type="checkbox"/> Periodos cortos (menos de 3 días) |
| <input type="checkbox"/> SOP | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> endometriosis | <input type="checkbox"/> perimenopausia |
| <input type="checkbox"/> Períodos dolorosos | <input type="checkbox"/> Menopausia |
| <input type="checkbox"/> Períodos abundantes | <input type="checkbox"/> fibromas |

Por favor explique:



Workbook

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS

¿Está usted actualmente tomando medicamentos o suplementos?

Esto incluye cualquier suplemento dietético, vitaminas o hierbas.

Yes No

Medicamentos recetados

Enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente y que le haya recetado su médico.
Incluya: Nombre del medicamento y motivo por el cual lo toma.

Medicamentos sin receta

Enumere los medicamentos que compra sin receta.
Incluya: Nombre del medicamento y motivo por el cual lo toma.

Suplementos dietéticos

Enumere todos los suplementos dietéticos, incluidos: multivitaminas, vitamina D, omega-3, etc.

Productos a base de hierbas

Enumere todos los productos a base de hierbas y por qué los está tomando. Indique si han sido recetados por un nutricionista, naturópata o quiropráctico, etc.



Workbook

NUTRITION & LIFESTYLE

Sueño: ¿Cómo calificarías la calidad y cantidad de tu sueño?

En una escala del 1 al 10, donde 1 es "muy pobre" y 10 es "excelente", ¿cómo calificaría lo siguiente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estrés: ¿Tiene alguna preocupación sobre sus niveles de estrés?

Yes No

En caso afirmativo, ¿cuáles son las principales fuentes de estrés en su vida actualmente? Esto podría incluir trabajo, familia, finanzas, problemas de salud, etc.

En una escala del 1 al 10, donde 1 es "nada estresado" y 10 es "extremadamente estresado", ¿cómo calificaría su nivel actual de estrés?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Manejo del estrés

¿Qué técnicas o estrategias estás utilizando actualmente para controlar tu estrés? Esto podría incluir ejercicio, meditación, terapia, etc.

¿Cómo afecta el estrés a tu vida diaria?

Por ejemplo, ¿el estrés afecta el sueño, el apetito, el estado de ánimo o los niveles de energía?

Estrés y hábitos alimentarios

¿El estrés afecta tus hábitos alimentarios? ¿Si es así, cómo? ¿Come en exceso, come poco o anhela alimentos específicos cuando está estresado?



Personal Training



En movimiento

TUS OBJETIVOS DE FITNESS

¿Cuál es tu principal objetivo de fitness?

(Opciones: pérdida de peso, aumento de masa muscular, condición física general, mejora de la resistencia, aumento de la flexibilidad, entrenamiento deportivo específico)

Línea de tiempo

¿Para cuándo espera alcanzar este objetivo?

Nivel de condición física actual

En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificarías tu nivel de condición física actual? (1 es sedentario, 10 es extremadamente activo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Experiencia previa

¿Ha intentado anteriormente alcanzar este objetivo de acondicionamiento físico? En caso afirmativo, ¿qué enfoques probó y cuáles fueron los resultados?

Desafíos

¿Cuáles cree que serán los mayores desafíos para lograr su objetivo de acondicionamiento físico?



Personal Training

ESTRUCTURAR SU PLAN DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Preferencia de entrenamiento

¿Qué tipo de entrenamientos disfrutas? (Opciones: Cardio, Entrenamiento de fuerza, HIIT, Yoga/Pilates, Danza, Deportes)

Frecuencia de entrenamiento

¿Cuántas veces a la semana estás dispuesto y eres capaz de hacer ejercicio?

Duración del entrenamiento

¿Cuánto tiempo puedes dedicar a cada sesión de entrenamiento?

Instalaciones y equipos

¿A qué instalaciones/equipos de entrenamiento tienes acceso? (Opciones: Gimnasio, Gimnasio en casa, Espacios al aire libre, Máquinas de ejercicio específicas o pesas libres, Bandas fitness, etc.)

Medición del progreso

¿Cómo le gustaría medir su progreso? (Opciones: Peso, Medidas corporales, Pruebas de condición física, Fotos de progreso)



Personal Training

EVALUACIÓN KINÉSICA ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Fuerza de brazos / Fuerza de piernas

...

Piso Pélvico

...

Competencia abdominal

...

Equilibrio, test de la cruz

...

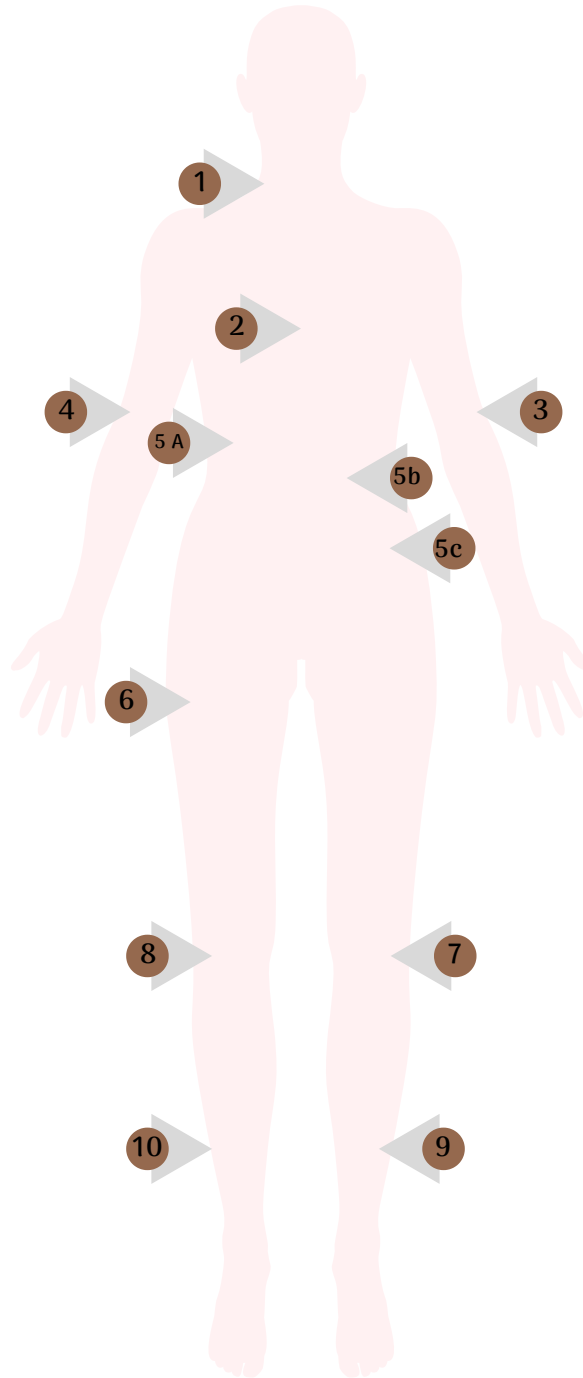
Flexibilidad

...



Medida corporal

Antes		
Fecha:		
Peso:		
1	Cuello	
2	Busto	
3	Brazo Izq	
4	Brazo Der	
5	Cintura	A B C
6	Caderas	
7	Muslo Izq	
8	Muslo Der	
9	Pantorrilla izquierda:	
10	Pantorrilla derecha	



Después:		
Fecha:		
Peso:		
1	Cuello	
2	Busto	
3	Left Brazo Izq	
4	Brazo Der	
5	Cintura	A B C
6	Caderas	
7	Muslo Izq	
8	Muslo Der	
9	Pantorrilla izquierda:	
10	Pantorrilla derecha	



METAS INTELIGENTES

establecimiento de metas

Al establecer objetivos, asegúrese de que sigan la estructura INTELIGENTE. Utilice las siguientes preguntas para crear sus objetivos.

S	Specific/ Específicos ¿Qué es lo que quiero lograr?	
M	Measurable/ Medible ¿Cómo sabré cuando se haya logrado?	
A	Achievable /Realizable ¿Cómo se puede lograr el objetivo?	
R	Relevant /Importante ¿Parece que esto vale la pena?	
T	Time bound / Tiempo ¿Cuándo puedo lograr este objetivo?	