****

**FICHA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Para participar do **TRATAMENTO DA NATUROPATIA DE DESINTOXICAÇÃO DO ORGANISMO**, organizados pelo CLUBE DE RH E DE AUTOCURA, CNPJ 21.523.037/0001-74 preencha as informações abaixo para nossa EQUIPE DE SAÚDE por e-mail para tratamento@clubedeautocura.com.br.

**Nome do Participante:**

**.................................................................................................................................**

**Data........./........../.........Idade Atual............ Data de Nascimento.........................**

**Peso.............................................................. Altura...............................................**

**Ocupação atual............................................ Estado Civil......................................**

**Cidade .......................................................... CPF...................................................**

**Celular/Telefone : ........................................ E-mail...............................................**

1. **QUAIS AS SUAS QUEIXAS ATUAIS?**

**........................................................................................................................................................................................**

**........................................................................................................................................................................................**

**........................................................................................................................................................................................**

**........................................................................................................................................................................................**

1. **PERFIL DE SAÚDE:**

**Faz acompanhamento médico ( )Sim ( )Não Qual especialidade?......................................**

**Diagnóstico médico de cálculos na vesícula ou gordura no fígado? ( )Sim ( )Não**

**Está com indicação médica para cirurgia de extração da vesícula? ( )Sim ( )Não**

**Já sofreu alguma intervenção cirúrgica? ( )Sim ( )Não Qual?..................................................**

**Tem intolerância a algum alimento? ( )Sim ( )Não Qual?..................................................**

**Qual a frequência que funciona seu intestino? ....... vezes/dia ...... vezes/semana ...... vezes/mês Tem Plano de Saúde? ( )Sim ( )Não Qual ? .........................................................................**

**Assinale abaixo apenas os itens que você possui:**

**( ) Você tem Pressão Arterial Alta? ( ) Algum tipo de Tumor/ Câncer?**

**( ) Diabetes? ( ) Problemas de Colesterol?**

**( ) Você tem problemas Cardíacos? ( ) E no Estômago?**

**( ) E algum problema na Coluna Vertebral? ( ) Algum problema nos Rins?**

**( ) Você tem Artrose , Gota ou Artrite? ( ) Algum problema Hormonal?**

**( ) Problemas de Sono? ( ) Algum problema Emocional?**

**( ) Você tem Depressão? ( ) Algum problema Mental?**

**( ) Você tem alguma Alergia? ( ) Você faz Exercício Físico?**

**( ) Você Fuma, Bebe ou tem vícios? ( ) Sente algum tipo de dor?**

**( ) Faz exercícios físicos?**

**Qual atividade física\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qual a periodicidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Você está tomando medicamentos ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Quantos ao dia?** | **Uso contínuo?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ALIMENTAÇÃO : O que você comeu hoje? Descreva com detalhes:**

* **Café da manhã.................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................**

* **Lanche..............................................................................................................................................**
* **Almoço..............................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................**

* **Lanche..............................................................................................................................................**
* **Jantar................................................................................................................................................**

**...........................................................................................................................................................**

* **Lanche Noite ...................................................................................................................................**
* **Você tem intolerância (ou alergia) a algum alimento?.................................................................**

**ESPIRITUALIDADE: Você segue alguma Religião, crença ou doutrina?**

**Qual? .............................................................................................................................................................**

**MOBILIDADE :Você possui alguma dificuldade de mobilidade?**

**Qual ? .......................................................................................................................................................**