



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Utilice este cuestionario para evaluar su progreso antes y después de la limpieza. †
Llene estos campos antes y 3 días después de su primera limpieza, y 3 días luego de su última limpieza.

Por favor, comparta con nosotros sus resultados- ¡nos encanta saber de nuestros clientes!

Instrucciones:

1. Imprima una copia de este cuestionario.
2. Encierre en un círculo la respuesta Sí o No para responder a las preguntas.
3. Anote su puntaje donde se indica.
4. Guarde este cuestionario para comparar sus resultados antes y después de la limpieza.

Fecha de Hoy: _____

Su Bienestar en General

Considere sus síntomas actuales y su sensación general de bienestar y responda las siguientes preguntas:

¿Se siente generalmente saludable?	Sí	No
¿Se considera una persona feliz?	Sí	No

Enliste todos los síntomas negativos de salud que esté experimentando:

¿Tiene Inflamación Crónica dentro su Cuerpo?

Si usted responde sí a 3 o más preguntas, puede tener inflamación crónica.

¿Tiene un nivel elevado de triglicéridos o el colesterol alto?	Sí	No
¿Siente entumecimiento u hormigueo en brazos o piernas?	Sí	No
¿Come carne, productos dulces comercialmente horneados, fritos, o utiliza a diario aceite vegetal?	Sí	No
¿Consume pescado menos de dos veces por semana?	Sí	No
¿Tiene la presión arterial alta, padece asma o colitis?	Sí	No
¿Fuma?	Sí	No
¿Tiene gingivitis, enfermedad de las encías, o no se hace limpiezas dentales regularmente ni revisiones por lo menos una vez cada seis meses?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

Una Alimentación y un Estilo de Vida Pobres



¿Tiene usted una mala nutrición y digestión?

Si responde sí a mas de 4 preguntas usted puede tener una mala nutrición y digestión.

¿Suele incluir comida rápida en su dieta (tres o más veces por semana)?	Sí	No
¿Experimenta eructos, hinchazón de estómago o una sensación persistente de haberse llenado demasiado después de comer, o con frecuencia tiene un exceso de gases?	Sí	No
¿Padece acidez o reflujo ácido dos o más veces por semana?	Sí	No
¿Es usted alérgico a algún alimento?	Sí	No
¿Se siente cansado o letárgico después de comer?	Sí	No
¿Suele tener mal aliento o mal sabor de boca?	Sí	No
¿Utiliza apoyo digestivo como laxantes, antiácidos o medicamentos que bloquean el ácido?	Sí	No
¿Se siente "más viejo" de la edad que tiene?	Sí	No
¿Su piel se ve pálida, grisácea, hinchada, arrugada, o envejecida?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Usted Tiene Niveles Anormales de Azúcar en la Sangre? ¿Está en Riesgo de Diabetes o es Pre-Diabético?

Si usted responde sí a 3 o más preguntas puede tener niveles anormales de azúcar en la sangre.

¿Su línea de cintura es más ancha que la de las caderas o tiene sobrepeso?	Sí	No
¿Se siente cansado, mareado o tiene la necesidad de volver a comer sólo dos o tres horas después de su último alimento?	Sí	No
¿Usted come frijoles secos tales como pinto, blanco, negro, etc., menos de tres veces por semana?	Sí	No
¿Usted hace ejercicio menos de tres veces a la semana?	Sí	No
¿Usted come dos o más porciones de pan, pasta, dulces, bebidas gaseosas o jugos de fruta al día?	Sí	No
¿Usted come menos de cinco porciones de verdura y fruta cruda/fresca al día?	Sí	No
¿Tiene niveles elevados de triglicéridos en la sangre o sufre hipertensión?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Tiene Funciones Celulares Dañadas o Mitocondria?

Si usted responde sí a 3 o más preguntas puede tener dañada la función celular.



¿Está usted frecuentemente cansado sin razón (especialmente alrededor de las 3 PM)?	Sí	No
¿Tiene los músculos rígidos y adoloridos (no debido al ejercicio que haya hecho recientemente)?	Sí	No
¿Tiene baja resistencia, dificultad para respirar o se siente agotado después de hacer ejercicio?	Sí	No
¿Hace ejercicio menos de dos horas por semana?	Sí	No
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con deficiencia de hierro o tiene menstruaciones abundantes?	Sí	No
¿Se ve mayor de su verdadera edad?	Sí	No
¿Alguna vez ha estado expuesto a químicos tóxicos o a metales pesados?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

La Exposición a Toxinas

¿Su Capacidad de Desintoxicarse está Atrofiada?

Si usted responde sí a 4 o más preguntas necesita ayuda para desintoxicarse.

¿Se siente físicamente enfermo cuando se expone a olores fuertes (perfumes, automóviles, humo de cigarrillos, etc.)?	Sí	No
¿Usted utiliza productos químicos de limpieza o disolventes en casa, en el trabajo o durante sus pasatiempos?	Sí	No
¿Vive en una casa/apartamento o trabaja en una oficina nueva con menos de 5 años?	Sí	No
¿Tiene alguna amalgama (mercurio) o rellenos dentales?	Sí	No
¿Es usted propenso a los efectos secundarios de medicamentos o suplementos, o se ha vuelto más sensible a los efectos del alcohol o de la cafeína (tiene una tolerancia reducida)?	Sí	No
¿Tiene menos de 2 movimientos intestinales al día?	Sí	No
¿Fuma?	Sí	No
¿Tiene o ha tenido alguna vez implantes de seno?	Sí	No
¿Tiene alguna mascota, especialmente perros, gatos, aves u otros animales que tengan pelo o plumas?	Sí	No
¿Se despierta con frecuencia durante la noche para orinar?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Su alrededor es tóxico - el Hogar y/o Trabajo?

Si usted responde sí a 4 o más preguntas necesita limpiar y purificar su hogar u oficina.



¿Tiene alfombra en su casa?	Sí	No
¿Aspira menos de 3 veces por semana?	Sí	No
¿Ha cambiado o limpiado los filtros de aire en los últimos 30 días?	Sí	No
¿Habitualmente bebe agua del grifo?	Sí	No
¿Lava su ropa y sábanas de cama con agua sin filtrar?	Sí	No
¿Ha pintado recientemente su casa por dentro?	Sí	No
¿Ha notado alguna mancha de color negro o moho en sus salidas de aire o de las paredes?	Sí	No
¿Ha limpiado su sistema de ventilación de aire en el último año?	Sí	No
¿Utiliza productos de limpieza naturales o limpiadores químicos en su casa?	Sí	No
¿Utiliza fertilizantes químicos, insecticidas o pesticidas?	Sí	No
¿Su casa contiene un sistema de calidad para la purificación del aire?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

Sistema Inmunológico Debilitado

¿Cuál es la Calidad del Funcionamiento de su Sistema Inmunológico?

Si usted responde sí a 4 o más preguntas su sistema inmunológico puede estar trabajando de más.

¿Sufre de resfriados o le da gripe fácilmente?	Sí	No
¿Suelen quedarse los resfriados, gripes u otras infecciones en su sistema por más de 5 días?	Sí	No
¿Tiene una tos crónica, irritación en la garganta, congestión nasal, o un exceso de moco que tiene que pasar por su garganta frecuentemente?	Sí	No
¿Tiene alergias en ciertas temporadas o alergias causadas por polvo, animales, o moho?	Sí	No
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad auto-inmune?	Sí	No
¿Tiene ojeras?	Sí	No
¿Tiene dificultad para ver de noche, o tiene manchas blancas en las uñas?	Sí	No
¿Le han aplicado una vacuna recientemente?	Sí	No
¿Usted o alguien de su familia sirvió en el ejército en los últimos 15 a 20 años?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Su Hígado está Debilitado a Causa de sus Emociones?

Si usted responde sí a 5 o más preguntas, su hígado puede estar afectado.



¿Se siente enojado de vez en cuando?	Sí	No
¿Se irrita fácilmente?	Sí	No
¿Tiene cambios de humor frecuentemente?	Sí	No
¿Es difícil estar de buen humor?	Sí	No
¿Se queda sin energía durante el día?	Sí	No
¿Tiene manchas cafés en la piel o manchas de vejez?	Sí	No
¿Su piel sufre brotes de granos o está manchada?	Sí	No
¿A menudo siente que sus emociones están como una "montaña rusa"?	Sí	No
¿Tiene que pedir disculpas por su mal humor a amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc.?	Sí	No
¿Siempre hay "algo malo" en su vida?	Sí	No
¿Alguna vez ha sido abusado física o sexualmente?	Sí	No
¿Si usted está molesto, es mejor no hablar acerca de lo que está pasando?	Sí	No
¿A usted le molesta por la "falsa" alegría de los demás?	Sí	No
¿Le irritan estas preguntas?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Su Sistema Renal y Urinario están Funcionando Correctamente?

Si usted responde sí a 5 o más preguntas, sus riñones pueden estar trabajando de más.

¿Tiene dolor en músculos y articulaciones?	Sí	No
¿Ha tenido infecciones en los riñones o en la vejiga durante el último año?	Sí	No
¿Ha experimentado dolor o hinchazón en el tobillo en el último año?	Sí	No
¿Tiene dolor en el hombro izquierdo?	Sí	No
¿Se despostillan sus uñas o se rompen con facilidad?	Sí	No
¿Tiene ojeras o círculos oscuros bajo los ojos?	Sí	No
¿Se está adelgazando su cabello?	Sí	No
¿Tiene irritación del cuero cabelludo con frecuencia?	Sí	No
¿Tiene ciclos menstruales dolorosos y fuertes?	Sí	No
¿Se despierta con frecuencia durante la noche para orinar?	Sí	No
¿Se siente exhausto en la mañana, incluso después de dormir 8 horas o más?	Sí	No
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con problemas de tiroides?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Tiene parásitos, virus, hongos u otros microbios dentro de su cuerpo?



Si usted responde sí a 5 o más preguntas puede necesitar una limpieza profunda de organismos nocivos.

¿Tiene algún cambio de coloración amarillenta en las uñas de las manos o de los pies?	Sí	No
¿Tiene pie de atleta o su pie despiden un olor perceptible?	Sí	No
¿Tiene un historial de infecciones por levadura?	Sí	No
¿Ha sido mordido, rasguñado o lamido por un animal en los últimos 6 meses?	Sí	No
¿Ha sido mordido por mosquitos o insectos?	Sí	No
¿Siente hinchazón, se pone de mal humor, o padece muchos gases después de comer?	Sí	No
¿Recientemente ha comido en un bar de sushi, en una barra de ensaladas o en un buffet?	Sí	No
¿Alguna vez ha recogido alimentos del suelo y los ha consumido?	Sí	No
¿Frecuentemente se le antoja el azúcar, los dulces o el pan?	Sí	No
¿Experimenta picazón anal?	Sí	No
¿Tiene caspa?	Sí	No
¿Tiene animales domésticos?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

Desequilibrio Hormonal

¿Sus Glándulas Suprarrenales están Funcionando Correctamente?

Si usted responde sí a 3 o más preguntas su sistema de glándulas suprarrenales puede estar sufriendo.

¿Se siente frecuentemente "estresado"?	Sí	No
¿Tiene dificultades para dormir o mantener el sueño toda la noche?	Sí	No
¿Los ruidos repentinos lo hacen saltar?	Sí	No
¿Usted se siente mareado o tiene mareos al levantarse muy rápido?	Sí	No
¿Se le antoja la sal o el azúcar?	Sí	No
¿Toma café?	Sí	No
¿Ha tomado pastillas para adelgazar en los últimos 3 años?	Sí	No
¿Toma bebidas con altas cantidades de cafeína como refrescos o bebidas energéticas?	Sí	No
¿Usted hace ejercicio menos de 3 veces por semana?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Su Tiroides está Desequilibrada?



Si usted responde sí a 4 o más preguntas, su tiroides puede estar desequilibrada.

¿Frecuentemente usted tiene frío o tiene las manos y los pies fríos?	Sí	No
¿Tiene problemas para iniciar su día por la mañana?	Sí	No
¿Frecuentemente siente tristeza o depresión, especialmente en la mañana?	Sí	No
¿No puede perder peso a pesar de mejorar su dieta y hacer más ejercicio?	Sí	No
¿Tiene "parches" o áreas donde se nota la pérdida de cabello en su cabeza, brazos o piernas?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

¿Sus Hormonas Sexuales están Bajas en Producción o en Calidad?

Si usted responde sí a 2 o más preguntas, sus hormonas sexuales pueden estar bajas.

¿Su piel está "flácida" o ha experimentado una pérdida de tono muscular?	Sí	No
¿Sufre usted un escaso deseo sexual?	Sí	No
¿Experimenta dolores de cabeza o migrañas?	Sí	No
¿Padece el síndrome pre-menstrual (PMS)?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

PARA MUJERES - ¿Está su cuerpo fuera de balance?

Si usted responde sí a 6 o más preguntas, su cuerpo está desequilibrado.

¿Se cansa fácilmente?	Sí	No
¿Sufre usted el síndrome pre-menstrual (PMS)?	Sí	No
¿Tiene una menstruación (períodos) dolorosa?	Sí	No
¿Frecuentemente sufre depresión antes o durante la menstruación?	Sí	No
¿Su ciclo menstrual es muy prolongado o excesivo en términos de flujo de sangre?	Sí	No
¿Sus pechos son excesivamente sensibles o "dolorosos" antes, durante o después de la menstruación?	Sí	No
¿Menstrúa con demasiada frecuencia (más de una vez por mes o tiene un flujo esporádico)?	Sí	No
¿Produce un desecho vaginal?	Sí	No
¿Ha tenido una histerectomía o le han removido los ovarios?	Sí	No
¿Experimenta "bochornos" propios de la menopausia?	Sí	No
¿Su menstruación es irregular o completamente ausente?	Sí	No
¿Tiene acné u otros tipos de manchas en la piel que empeoran durante la menstruación?	Sí	No



¿Se ha sentido deprimida por 3 meses o más?	Sí	No
¿Tiene crecimiento de pelo en su cara o en el cuerpo?	Sí	No
¿Tiene o siente un deseo sexual menos de 2 veces al mes?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

PARA HOMBRES - ¿Está su cuerpo fuera de balance?

Si usted responde sí a 6 o más preguntas, su cuerpo está desequilibrado.

¿Se fatiga muy fácilmente?	Sí	No
¿Tiene eyaculación precoz?	Sí	No
¿Es difícil orinar o "gotea"?, es decir, ¿no se puede detener por completo?	Sí	No
¿Ha experimentado o está experimentando problemas de próstata?	Sí	No
¿Se despierta frecuentemente durante la noche para orinar?	Sí	No
¿Tiene dolor en el interior de las piernas o en los talones?	Sí	No
¿Tiene la sensación de una evacuación incompleta del intestino o de "no vaciar su cuerpo completamente"?	Sí	No
¿Tiene problemas para dormir?	Sí	No
¿Evita la actividad física de rutina o incluso moderada?	Sí	No
¿Se queda sin energía durante el día?	Sí	No
¿Experimenta nerviosismo en la pierna o tiene temblores en las extremidades durante la noche?	Sí	No
¿Tiene dificultad para dormir o para mantenerse dormido toda la noche?	Sí	No
¿Se ha sentido deprimido por 3 meses o más?	Sí	No
¿Tiene o siente un deseo sexual menos de 2 veces al mes?	Sí	No

¿Cuál es su puntaje? Sume la cantidad de respuestas "SÍ" y "NO". _____

† Nota - Este Cuestionario de Salud General no tiene el propósito de diagnosticar, tratar, curar, o prevenir ninguna enfermedad. Las declaraciones aquí incluidas no han sido evaluadas por la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA son sus siglas en inglés) y no se avala nada de manera implícita ni expresa.

Se aconseja usar este cuestionario simplemente como punto de partida para considerar los síntomas negativos de salud que pueda estar experimentando y las posibles medidas preventivas que existen o como un recurso para la discusión con su profesional de la salud.