****

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

**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 cirúgica? ( )Sim ( )Não**

**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 ? ....................................................................................................................................................**