

Análisis de estilo de vida



1. ¿Cuáles son tus problemas de Salud?

2. Completa el Análisis de Estilo de Vida. Si tu respuesta es afirmativa a las preguntas que te planteamos, marca con una X todos los círculos que corresponden a cada renglón de la pregunta, como se muestra en el siguiente ejemplo.

ejemplo: te sientes débil o cansado

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Debilidad general y letargo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
2.Enfermedades frecuentes o crónicas					<input type="checkbox"/>				
3.Olor de cuerpo y/o mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.Dificultad digiriendo ciertos alimentos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
5.Consumo frecuente de carnes rojas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
6. Síndrome pre menstrual		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Uso frecuente de antibióticos		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
8. Alto consumo de alcohol				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
9. Cambios Frecuentes de estado de ánimo				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
10.Alergias a ciertos alimentos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11.Bolsas bajo los ojos							<input type="checkbox"/>		
12.Fuma o fuiste fumador				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
13.Falta de concentración y memoria			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
14.Poca resistencia a las enfermedades					<input type="checkbox"/>				
15.Eructos después de la comida o hipo	<input type="checkbox"/>								
16.Estilo de vida tenso			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
17.Problemas en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Ansiedad por cosas dulces/alimentos procesados				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
19.Consumo regular de productos lácteos		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
20.Depresión y/o irritabilidad		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

Análisis de estilo de vida



PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Poco sueño / sueño inquieto / pesadillas								<input type="radio"/>	
22. Uñas quebradizas	<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
23. Cabello seco con puntas abiertas	<input type="radio"/>							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Dietas altas en grasa / colesterol			<input type="radio"/>						
25. Nerviosismo / ansiedad / tensión				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	
26. Dieta baja en fibras		<input type="radio"/>							
27. Calambres musculares / entumecimiento				<input type="radio"/>					<input type="radio"/>
28. Expuesto a contaminación ambiental					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
29. Soñoliento al estar sentado			<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
30. Alto consumo de cafeína o refrescos de cola				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Te sientes fuera de control / de tu cuerpo				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
32. Sensible a ciertos alimentos / productos químicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>				
33. Problemas con hongos y levaduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
34. Debilidad estructural	<input type="radio"/>						<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
35. Preocupación excesiva	<input type="radio"/>								
36. Facilmente irritable		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	
37. Haces muy poco ejercicio			<input type="radio"/>		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
38. Exceso de mucosidad						<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
TOTAL									

3. Suma el número de casillas marcadas en las columnas verticales del 1 al 9, indica el total de casillas marcadas en cada columna vertical al final de la página.

Análisis de estilo de vida



4. Compare el total de cada columna con la tabla siguiente

#Columna	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Resultado	Digestivo	Intestinal	Circulatorio	Nervioso	Inmune	Respiratorio	Urinario	Glandular	Estructural
Excelente	0 - 1	0 - 1	0	0 - 1	0 - 1	0	0	0 - 1	0
Bueno	2 - 3	2 - 3	1	2 - 3	2 - 3	1	1	2 - 3	1
Regular	4 - 5	4 - 5	2 - 3	4 - 5	4 - 5	2 - 3	2 - 3	4 - 6	2 - 3
Pobre	6 +	6 +	4 +	6 +	6 +	4 +	4 +	7 +	4 +

EXCELENTE

¡Felicidades! Estas llevando a cabo un estilo de vida que rendirá al máximo en beneficio de tu salud y bienestar

BUENO

Tu estilo de vida parece estar adecuado pero puedes considerar algunos cambios

REGULAR

Se recomienda cambios en tu estilo de vida y/o dieta

POBRE

Se sugiere cambios efectivos en tu estilo de vida y/o dieta