

# 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



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

**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**

**¡Felicitaciones! 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**