

TOXICITY QUESTIONNAIRE

Name: _____ Date: _____

The Toxicity Screening Questionnaire helps you track your progress over time. If this is your first time taking the questionnaire, rate each of the following based upon your health profile for the past 30 days. If this is not your first time taking the questionnaire, mark your results for the past 48 hours only.

Point Scale:

0 = Never or almost never have this situation
1 = occasionally have it, effect is not severe

2 = occasionally have it, effect is severe
3 = frequently have it, effect is not severe*
4 = frequently have it, effect is severe*

Digestive _____

- ___ Upset stomach
- ___ Loose stool
- ___ Difficulty with bowel movement
- ___ Bloating feeling
- ___ Chest or gut discomfort after eating
- ___ Intestinal/stomach discomfort

Ears _____

- ___ Itchy ears
- ___ Difficulty sorting out ambient noise, tinnitus

Emotions _____

- ___ Moodiness
- ___ Feelings of anxiousness or nervousness
- ___ Anger, easily irritated or aggressive
- ___ Feeling blue/melancholy

Energy/Activity _____

- ___ Fatigue, sluggishness
- ___ Feelings of indifference
- ___ Feelings of restlessness

Eyes _____

- ___ Excess tears in eyes
- ___ Frequent rubbing of eyes
- ___ Change of appearance in eyelids; harder to open
- ___ Bags or dark circles under eyes

Head _____

- ___ Pressure or discomfort in the head
- ___ Feeling dizzy
- ___ Loss of balance during or after movement
- ___ Sleeplessness

Heart _____

- ___ Heartbeat rhythm concerns
- ___ Discomfort in the chest

Joints/Muscles _____

- ___ Joint discomfort
- ___ Stiffness, lack of free movement
- ___ Muscle soreness
- ___ Feeling weak

Lungs _____

- ___ Coughing
- ___ Respiratory concerns
- ___ Difficult breathing

Mind _____

- ___ Memory concerns
- ___ Reduced concentration
- ___ Won't or can't make decisions

Mouth/Throat _____

- ___ Frequent coughing
- ___ Frequent need to clear throat
- ___ Mouth discomfort eating acidic foods

Nose _____

- ___ Stuffy nose
- ___ Head congestion
- ___ Seasonal respiratory irritation
- ___ Sneezing
- ___ Too much mucus

Skin _____

- ___ Facial blemishes
- ___ Red bumps or patches
- ___ Thinning hair
- ___ Flushing in the face
- ___ Excessive sweating

Weight _____

- ___ Binge eating/drinking
- ___ Craving certain foods
- ___ Being overweight
- ___ Compulsive eating
- ___ Water retention

Other _____

- ___ Feel the need to urinate often
- ___ Frequent urination
- ___ Genital irritation

TOTAL _____

Disclaimer: This assessment is not intended or implied to be a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment. Consult your health care provider about questions you may have.

*If you marked a 3 or 4 on one or more of the above, you should consult your health care provider.

Key to Questionnaire

Add individual scores and total each group. Add group scores for a grand total.

Less than 10 **Low Toxicity**
10-50 **Mild Toxicity**
50-100 **Moderate toxicity**
Over 100 **High toxicity***

*You should discuss these results with your doctor.

CUESTIONARIO SOBRE TOXICIDAD

PURIFY 2.0

Nombre: _____ Fecha: _____

El Cuestionario de Detección de Toxicidad te ayuda a seguir tu progreso con el paso del tiempo. Si es la primera vez que tomas el cuestionario: califica cada una de las siguientes cuestiones basándote en tu perfil de salud durante los últimos 30 días. Si ésta no es la primera vez que tomas el cuestionario: marca tus resultados sólo durante las últimas 48 horas.

Escala de puntos:

0 = Nunca o casi nunca he tenido esta situación
1 = ocasionalmente lo tengo, el efecto no es severo

2 = ocasionalmente lo tengo, el efecto es severo
3 = lo tengo frecuentemente, el efecto no es severo*
4 = lo tengo frecuentemente, el efecto es severo*

Digestivo

- ___ Malestar estomacal
- ___ Deposición suelta/blanda
- ___ Dificultad con el movimiento intestinal
- ___ Sensación de hinchazón ventral
- ___ Malestar/ incomodidad intestinal o en el pecho después de comer
- ___ Incomodidad/molestia malestar estomacal

Oídos

- ___ Picazón en los oídos
- ___ Dificultad para resolver el ruido ambiental, tinnitus

Emociones

- ___ Mal humor
- ___ Sentimientos de ansiedad o nerviosismo
- ___ Ira, fácilmente irritable o agresivo
- ___ Sentirse triste/melancólico

Energía/Actividad

- ___ Fatiga, pereza
- ___ Sentimientos de indiferencia
- ___ Sentimientos de inquietud o agitación

Ojos

- ___ Lagrimeo excesivo
- ___ Frotamiento frecuente de los ojos
- ___ Cambio de apariencia en los párpados; más difíciles de abrir
- ___ Bolsas o círculos oscuros bajo los ojos

Cabeza

- ___ Presión o incomodidad en la cabeza
- ___ Sensación de mareo
- ___ Pérdida de equilibrio durante o después de movimiento
- ___ Falta de sueño

Corazón

- ___ Preocupaciones con el ritmo cardíaco
- ___ Incomodidad en el pecho

Articulaciones/músculos

- ___ Malestar en las articulaciones
- ___ Rigidez, falta de movimiento libre
- ___ Dolor muscular
- ___ Sensación de debilidad

Pulmones

- ___ Tos
- ___ Problemas respiratorios
- ___ Dificultad en la respiración

Mente

- ___ Problemas de memoria
- ___ Reducción en la Concentración
- ___ No toma o no puede tomar decisiones

Boca/Garganta

- ___ Tos frecuente
- ___ Frecuente necesidad de aclarar la garganta
- ___ Malestar en la boca al comer alimentos ácidos

Nariz

- ___ Congestión nasal
- ___ Congestión en la cabeza
- ___ Irritación respiratoria por temporadas
- ___ Estornudos
- ___ Demasiada mucosidad

Piel

- ___ Manchas faciales
- ___ Protuberancias o manchas rojas
- ___ Adelgazamiento del cabello
- ___ Enrojecimiento en la cara
- ___ Traspiración/Sudoración excesiva

Peso

- ___ Darse atracones de comida/bebida
- ___ Ansias o antojos de ciertos alimentos
- ___ Tener sobrepeso
- ___ Comer compulsivamente
- ___ Retención de agua

Otro

- ___ Siente la necesidad de orinar con frecuencia
- ___ Micción frecuente
- ___ Irritación genital

TOTAL _____

Exención de Responsabilidad: Esta evaluación no pretende ni implica ser un sustituto del consejo médico profesional, diagnóstico o tratamiento. Consulta a tu proveedor de salud sobre las preguntas que puedas tener.

*Si marcaste un 3 ó 4 en uno o más de las aserciones anteriores, debes consultar a tu proveedor de salud.

Clave para el Cuestionario

Suma los puntajes individuales y totaliza cada grupo. Agrega los puntajes de grupo para tener el gran total.

Menos de 10 **Toxicidad baja**
10-50 **Toxicidad leve**
50-100 **Toxicidad moderada**
Mas de 100 **Alta toxicidad***

*Debes discutir estos resultados con tu médico.