

EVALUACION DE SALUD

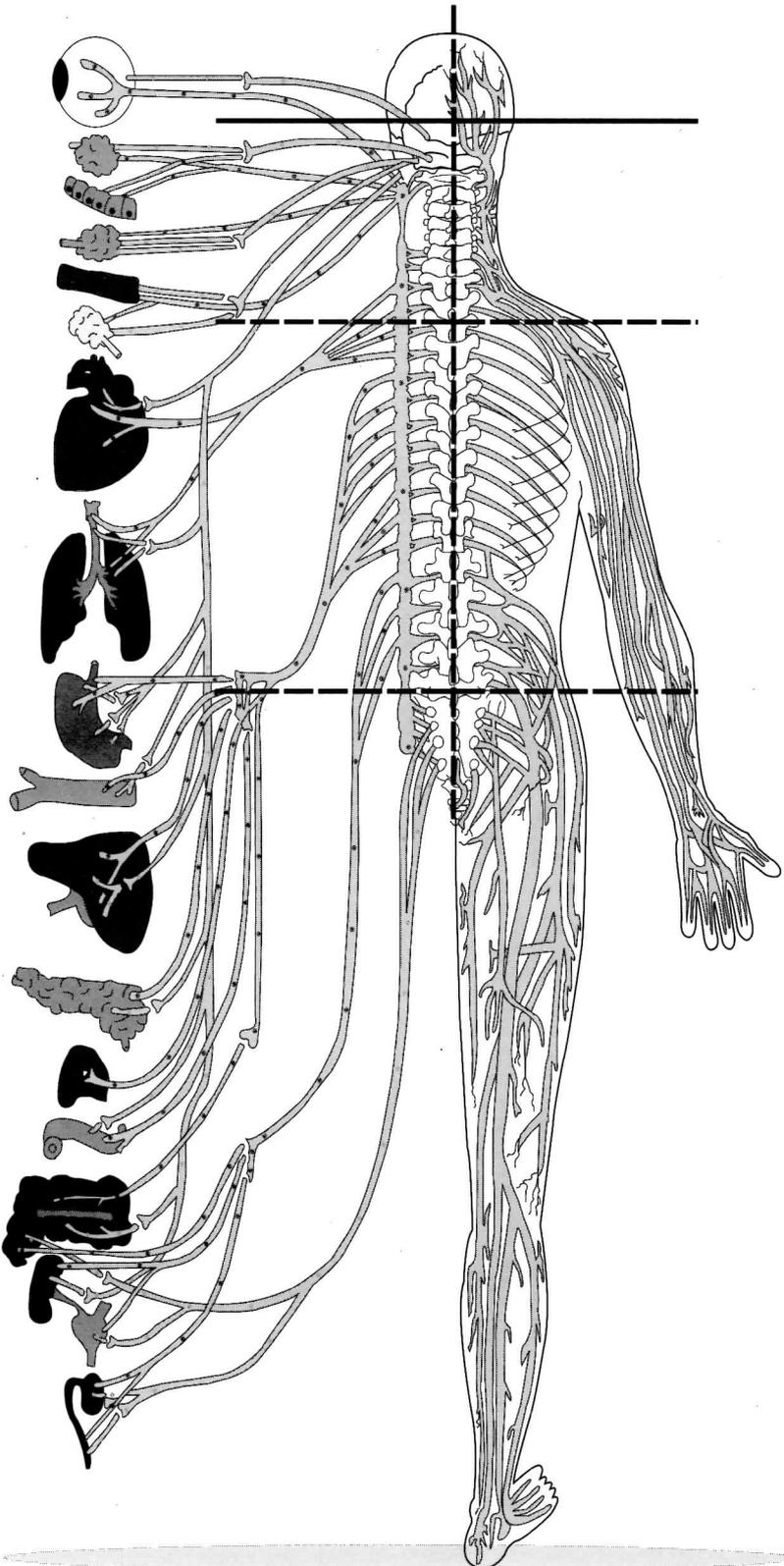
Nombre _____

Teléfonos de contacto _____

e-mail _____

Distrito _____

1. En el gráfico: Indique las áreas y órganos que presentan malestar o síntomas últimamente.
2. En la lista, subraya los síntomas y/o enfermedades que ha tenido y circule los que tiene **actualmente**.



- C1
 - C2
 - C3
 - C4
 - C5
 - C6
 - C7

 - D1
 - D2
 - D3
 - D4
 - D5
 - D6
 - D7
 - D8
 - D9
 - D10
 - D11
 - D12

 - L1
 - L2
 - L3
 - L4
 - L5

 - SACRO

 - COXIS
- Dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio, resfriado, presión alta, migraña, cansancio, sinusitis, alergias, sordera, problemas de los ojos, neuralgia, neuritis, barros, eczemas, fiebre, fiebre de heno, amigdalitis, dolor de garganta, cuello tieso, ronquera, dolor en el brazo, tos, resfriado, problemas de tiroides, bursitis.
- Asma, dificultades respiratorias, dolor en las manos, dolor en el pecho, molestias al corazón, pulmonía, bronquitis, congestión, gripe, inflamación de la vejiga, cólico biliar, inflamación del hígado, presión baja, anemia, artritis, cólico estomacal, indigestión, acidez, úlceras, gastritis, baja resistencia a las enfermedades, alergias, ronchas, problemas renales, endurecimiento de las arterias, tumores, reumatismo, gases, esterilidad.
- Estreñimiento, disentería, diarrea, calambres, dificultades respiratorias, várices, problemas vaginales, menstruales, impotencia, dolor de rodillas, ciática, dificultades al orinar, dolor de espalda mala circulación en las piernas, hinchazón en los tobillos, calambres.
- Dolor en la espalda baja y en la región lumbar.
- Hemorroides, picazón, dolor al final de la espina dorsal.