





C. Prescripcion for:  Dolor  Corazon  Alta Presion  Relajadores de musculos  
 Antibioticos  Pulmones/Respiracion  Esteroides  Hormonas  Estomago  
 Anti-Inflamatorias  Otro: \_\_\_\_\_

16. En los ultimos 2-3 meses, as tenido un :  Apetito  Peso  Energia  Balance

17. Regularmente consumes:  Alcohol  Cafeina  Cigarrillos

---

Entiendo que la informacion es completa y corecta y he sido informado sobre las actividades que tender con la terapia. Entiendo la condition en que me presento, y poyeso ponder lo major de mi para cumplir todas mis metas.

---

Firma del Terapeuta

---

Firma del paciente

---

Fecha