

Ayurvedic Global Cleanse

con la Dra. Light Miller & Waleska Sallaberry

¿Necesitas desintoxicar tu cuerpo?

Únete a la limpieza ayurvédica de otoño

Prepárate para el otoño. Limpieza grupal comienza el 18 de septiembre*

Incluye:

1. Aceite esencial para Abhyanga (masaje)
2. Regimen de alimentación
3. Sopa inmunológica
4. Burdock & cúrcuma
5. Mezcla de especias ayurvédicas
6. Té de hierbas
7. 14 días de Liver Flush
8. Batida de longevidad
9. Mezcla para el Basti (limpieza de colon) y enema
10. Khitchari
11. Grupo de apoyo en línea
12. Videos educativos: Introducción a desintoxicación, preparación de alimentos...

Programa residencial de Panchakarma en Rincón también disponible.

Haga su pedido antes del 10 de septiembre para que pueda obtener su orden a tiempo.



Para más información visita Facebook/Ayurvedic Global Cleanse. Regístrese llamando al 787-787-291-3651 o al 297-8818. o visite www.ayurvedichealers.com

Costo del Programa Global Cleanse

Fecha de comienzo: septiembre 18
(previo al solsticio de otoño)

10 días: \$275

15 días: \$295

30 días: \$475

Si tiene problemas de salud llámenos para consultar
sobre las hierbas que necesita.

Haga su pedido antes del 10 de septiembre
para obtener su orden a tiempo.

Contáctenos

Light Miller (787) 291-3651 • (941) 806-7760

Centro Ayurvédico para el Bienestar

PO Box 279

Rincon, PR 00677

Ph: 787-291-3651 ~ www.AyurvedicHealers.com ~ email: contact@AyurvedicHealers.com

Cliente Historia

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Recomendado por: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de consulta: _____

¿Cuáles son sus síntomas?

1: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

2: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

3: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

4: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

5: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

6: _____

¿Cuánto tiempo hace que las tiene? _____

Ocupación _____ ¿Le gusta su trabajo? _____

Tasa de nivel de Fuente _____ estrés laboral del estrés laboral _____

¿Siente la tensión en una parte determinada de su cuerpo? _____

Casado _____ Soltero Divorciado _____

¿Cuántos niños en el hogar? _____ Embarazos _____

¿Cómo se siente acerca de su estado civil actual? _____

Si en una relación, es su feliz? _____

La vida familiar se hace hincapié en _____

La historia clínica

¿Qué enfermedades importantes o de las operaciones ha tenido en su vida?

¿Ha tenido un examen médico en el último año? _____

Resultados de examen? _____

¿Está tomando algún medicamento? ___ No ___ Sí Cuáles: _____

¿Usted ha experimentado siempre una de las siguientes:

___ Dolor abdominal

___ Alergias

___ Artritis

___ Asma:-la niñez o la

-Inicio en el adulto

___ Visión borrosa

___ Problemas circulatorios

___ estreñimiento

-Cuando _____

___ Diarrea

___ Problemas digestivos

-Cuando _____

___ Los dolores de cabeza

___ Fatiga / agotamiento

¿Por qué _____

___ Alta / Baja Presión Arterial

___ El insomnio

Cuando _____

___ Presión arterial baja _____

___ Regularidad menstrual _____

___ Las migrañas: Cuando _____

¿Con qué frecuencia _____

___ Aborto Involuntario

___ PMS-Síntomas: _____

___ Respiratoria problems _____

¿Tiene usted experiencia: congestión,
sequedad, la flema y donde en body _____

___ Infecciones de los senos

___ Problemas de la piel

¿Qué tipo _____

___ Las úlceras estomacales

Varices

Información General de Salud

¿Tiene usted una dieta saludable: ___ Siempre ___ La mayor parte del tiempo ___ A veces ___ Nunca

Ejercicio: ___ Una vez al día Una vez por semana ___ más de 1 x semana ___ Rara vez ___ No

¿Qué tipos de ejercicio: _____

Historia de Familia

Enfermedades del lado de su Padre de familia:

Enfermedades de lado de tu madre de familia: _____
