

Erin Elizabeth Holistic Health

Erin Elizabeth Suttle

Doutora em Medicina Natural & Funcional, PhD

SNHS Dip. Homeopatia, Reflexologia

A.C. Osteopatia, Terapeuta CranioSacral CS1



A SER PREENCHIDA PELO MENOS UMA SEMANA ANTES DA SUA CONSULTA:

As informações a seguir são necessárias para sua segurança e para beneficiar sua saúde e bem-estar. Os seguintes detalhes serão tratados com a confidencialidade. Suas respostas me ajudarão a obter um histórico preciso de suas preocupações e condições médicas. Por favor preencha todas as páginas. Eu realmente quero conhecer você bem para que eu possa cuidar adequadamente de você. Se você não consegue se lembrar de detalhes específicos, forneça seu melhor palpite. Se você se sentir desconfortável com alguma pergunta, deixe-a em branco. Obrigada!

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ____

Endereço : _____

Email: _____ Telefone: _____

MEDICAMENTOS, VITAMINAS OU REMÉDIOS QUE VOCÊ ESTÁ TOMANDO:

REMÉDIO/SUPLEMENTO	DOSE	VEZES POR DIA

Peso: _____ Altura: _____

ALERGIAS OU INTOLERÂNCIA A COMIDA, MEDICAMENTOS OU REMÉDIOS?

COMO VOCÊ AVALIARIA SUA SAÚDE? Excelente ____ Bom ____ Regular ____ Ruim ____

Principais queixas em ordem de importância (listar o máximo de detalhes possível, como quando você apresenta sintomas, localização, gravidade, palavras descritivas dos sintomas são muito úteis):

Por favor, descreva sua personalidade e preferências pessoais: quente/frio, manhã/noite, gostos/desgostos fortes, emoções, medos, etc.

Há algum evento traumático (cirurgias, reações medicamentosas, traumas de vida) que você acha que pode ter causado ou contribuído para seus problemas de saúde?

Qual é o seu trabalho? Você gosta disso? Como estão os níveis de estresse no seu trabalho?

Descreva suas relações familiares e seu ambiente doméstico.

O que você faz para relaxar ou desestressar? Você lida bem com o estresse?

Descreva seus hábitos alimentares típicos no café da manhã, almoço, jantar e lanches.

**VOCÊ JÁ SOFREU DE ALGUMAS DAS SEGUINTE COISAS?
COLOQUE AS DATAS SE DISPONÍVEIS PARA O PASSADO.
COLOQUE MÃE, PAI, PARA A FAMÍLIA.**

PELE	AGORA	PASSADO	FAMÍLIA
SECO, ÁSPERO, ESCAMOSO			
ERUPÇÕES CUTÂNEAS			
CISTOS			
PATCHES CLAROS/ESCUROS			
ACNE			
PERDA DE CABELO			
URTICÁRIA			
SISTEMA LINFÁTICO / IMUNE			
LINFONODOS DOLOROSOS			
HEMOGRAFIAR FACILMENTE			
AS FERIDAS CURARAM LENTAMENTE			
ANEMIA			
GLÂNDULAS INCHADAS			
RETENÇÃO DE FLUIDOS			
ENDÓCRINO			
PERDA/GANHO DE PESO INEXPLICÁVEL			
PREFERE TEMPO QUENTE			
PREFERE TEMPO FRIO			
ODEIO O CALOR			
ODEIO O FRIO			
MÃOS E PÉS FRIOS			
FADIGA A LONGO PRAZO			
FRAQUEZA			
SEDE AUMENTADA			
AUMENTO DA FOME			

RESPIRATÓRIO	AGORA	PASSADO	FAMÍLIA
FEBRE INEXPLICÁVEL			
DOR NO PEITO AO RESPIRAR			
CHIADO			
DIFICULDADE EM RESPIRAR À NOITE			
CONGESTIONAMENTO			
FALTA DE AR			
CARDIOVASCULAR			
DOR NO PEITO AO ANDAR			
DOR NO PEITO AO SENTADO/DEITADO			
INCHAÇO NOS TORNOZELOS OU ABDOMEM			
PALPITAÇÕES			
VARIZES			
DOENÇA CARDÍACA			
GASTROINTESTINAL			
CONSTIPAÇÃO			
DIARRÉIA			
HEMORRÓIDAS			
SANGUE NAS FEZES			
Nº DE MOVIMENTOS INTESTINAIS POR DIA			
NÁUSEA FREQUENTE			
AZIA			
PROBLEMAS PARA ENGOLIR			
AROTOS EXCESSIVOS			
INCHAÇO			
CÓLICAS			
ANOREXIA			
BULIMIA			
DOR ABDOMINAL			

GASTROINTESTINAL CONT.	AGORA	PASSADO	FAMÍLIA
DOR DE COMIDA GORDUROSA			
MAL HÁLITO			
INDIGESTÃO			
DESEJANDO DOCES			
DESEJO DE SAL			
MAU GOSTO NA BOCA			
SOBREPESO			
PARASITAS			
ICTERÍCIA			
REPRODUTIVA FEMININA			
DOR PÉLVICA			
MENSTRUACÃO PESADA			
MENOPAUSA			
TOMANDO CONTROLE DE NATALIDADE			
TEMPO E DURAÇÃO DO PERÍODO			
Nº DE GRAVIDEZ, NATURAL OU CESARÁRIA			
PITUITÁRIA			
FALHA DE MEMÓRIA			
SEDE ANORMAL			
ÚLCERAS			
PRESSÃO BAIXA			
TIRÓIDE			
SOBREPESO			
CANSADO AO LEVANTAR			
NERVOSO			
DOENÇA DA TIREÓIDE			
HIPOTIREOIDISMO			
HIPERTIREOIDISMO			

ADRENAIS	AGORA	PASSADO	FAMÍLIA
FACILMENTE ESTRESSADO			
FOGOS DE QUENTE			
UNHAS FRACAS			
ARTRITE			
CIRCULAÇÃO POBRE			
PÊLOS FACIAIS NAS MULHERES			
SISTEMA NERVOSO SIMPÁTICO			
OLHOS SECOS, NARIZ, BOCA			
NERVOSO			
DIMINUIÇÃO DA SAÍDA DE URINA			
O CORAÇÃO PASSA QUANDO DEITADO			
SUORES FRIO FREQUENTES			
SISTEMA NERVOSO PARASSIMPÁTICO			
RIGIDEZ DAS ARTICULAÇÕES AO LEVANTAR-SE			
CÃIBRAS MUSCULARES			
BORBOLETAS NO ESTÔMAGO			
BAIXA TRANSPIRAÇÃO			
TRANSPIRAÇÃO PROFUSA			
PULSO LENTO			
RESPIRAÇÃO IRREGULAR			
OLHOS INCHADOS			
MÚSCULOESQUELÉTICO			
DOR NAS ARTICULAÇÕES			
DORES NAS COSTAS			
MENTAL			
ANSIEDADE			
PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA			
DEPRESSÃO			

MENTAL CONT.	AGORA	PASSADO	FAMÍLIA
DESCONTENTE/DESCONTO			
PENSAMENTOS SUICIDAS			
SOLIDÃO			
MUDANÇAS DE HUMOR			
PREFERE ESTAR COM PESSOAS			
PREFERE ESTAR SOZINHO			
COM MEDO			
CONFIANTE			
CONFUSÃO			
DIFICULDADES DE CONCENTRAÇÃO			
TÍMIDO			
AUTOCRÍTICO			
CIÚME / SUSPEITO			
ORGANIZADO			
AFETUOSO			
ASSERTIVO			
ESTILO DE VIDA			
Nº DE BEBIDAS CAFEINADAS POR DIA			
Nº DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR SEMANA			
USO RECREACIONAL DE DROGAS (LISTA)			
Nº DE CIGARROS POR DIA (SEGUNDO TAMBÉM)			
Nº DE HORAS DE SONO POR NOITE			
TEMPO DE EXERCÍCIO POR SEMANA			
EXPOSIÇÃO QUÍMICA NO TRABALHO			
Nº DE COPOS DE ÁGUA POR DIA			
VOCÊ TEM HOBBIES AGRADÁVEIS?			
VOCÊ TEM UM SISTEMA DE APOIO FORTE?			
VOCÊ TEM UMA PRÁTICA ESPIRITUAL?			

DOENÇAS/CONDIÇÕES	AGORA	PASSADO	FAMÍLIA
COLESTEROL ALTO			
ATAQUE CARDÍACO			
DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA			
DIABÉTICO			
CÂNCER DE MAMA			
CÂNCER DE CÓLON			
CÂNCER DE PRÓSTATA			
CÂNCER DE FÍGADO			
CÂNCER INTESTINAL			
CÂNCER UTERINO			
CÂNCER DE PULMÃO			
CÂNCER, OUTRO (LISTA)			
OSTEOPOROSE			
ALZHEIMER			
ASMA			
DOENÇA AUTO-IMUNE			
DESORDEM SANGUÍNEA			
ENFISEMA			
DESORDEM GENÉTICA			
GLAUCOMA			
HEPATITE B OU C			
PEDRAS NOS RINS			
DEGENERAÇÃO MACULAR			
AVC			
FRATURAS ÓSSEAS			
CONVULSÕES			
MORTE CARDÍACA SÚBITA			
CIRURGIAS			

**RENÚNCIA E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE
MEDICINA NATURAL, MEDICINA FUNCIONAL E NUTRIÇÃO HOLÍSTICA****Objetivo**

A análise funcional da química sanguínea é projetada para avaliar a saúde geral de um indivíduo e identificar desequilíbrios sutis ou disfunções potenciais avaliando biomarcadores sanguíneos, incluindo níveis de nutrientes. Essa avaliação envolve a comparação desses biomarcadores com intervalos ideais e objetivos clínicos, indo além dos intervalos padrão da química sanguínea. O objetivo da medicina natural e da nutrição é promover a saúde holística e o bem-estar por meio de remédios naturais, como tratamentos homeopáticos, ervas, vitaminas e mudanças no estilo de vida. Essa abordagem enfatiza a capacidade natural do corpo de se curar, ao mesmo tempo em que aborda deficiências nutricionais e problemas de saúde específicos.

Possíveis benefícios

A análise funcional da química sanguínea pode identificar desequilíbrios ou disfunções sutis antes que se desenvolvam em doenças graves, permitindo intervenções proativas. Ao examinar uma gama mais ampla de marcadores do que os exames de sangue tradicionais, esse método auxilia na criação de um plano personalizado para otimizar a saúde. Ela oferece uma visão holística dos sistemas do seu corpo, incluindo função orgânica, equilíbrio eletrolítico e eficiência metabólica, fornecendo uma compreensão mais abrangente do seu estado de saúde. Essa análise pode ajudar a identificar as causas raiz dos sintomas, oferecendo insights mais claros sobre seus mecanismos subjacentes e levando a soluções mais eficazes. Os resultados podem orientar recomendações personalizadas, o que pode incluir mudanças na dieta, suplementação com medicina natural ou outros ajustes de estilo de vida. Ao enfatizar os benefícios nutricionais, essa abordagem não apenas apoia a otimização da saúde, mas também reforça as habilidades inatas de cura do corpo.

Potencial para efeitos colaterais negativos

A FBCA não deve ser vista como um substituto para testes de diagnóstico tradicionais ou cuidados médicos. A interpretação dos resultados da FBCA pode ser subjetiva, e diferentes profissionais podem tirar conclusões diferentes dos mesmos dados. Alguns produtos naturais, como certas ervas ou suplementos, podem causar reações alérgicas ou outros efeitos colaterais adversos. Medicamentos e suplementos fitoterápicos podem interagir com medicamentos convencionais, potencialmente reduzindo sua eficácia ou aumentando o risco de efeitos colaterais. Certas ervas e suplementos foram associados a danos ao fígado, rins ou outros órgãos, é essencial sempre consultar seu médico antes de iniciar qualquer suplemento novo para garantir que sejam apropriados para suas necessidades individuais de saúde.

INFORMAÇÕES E COMPREENSÃO DE CUIDADOS HOLÍSTICOS

Eu reconheço que escolhi voluntariamente participar da medicina natural, medicina funcional e nutrição holística. Eu entendo que essas terapias são projetadas para ajudar os indivíduos a abordar suas preocupações de saúde e melhorar o bem-estar geral.

RECONHECIMENTO DE RISCOS

Eu reconheço que a participação nesta terapia envolve riscos inerentes, incluindo, mas não se limitando a desconforto físico, emocional ou psicológico. Eu entendo que os resultados podem variar entre os indivíduos, e não há garantia de resultados específicos.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Em consideração à minha participação nesta terapia, eu concordo em isentar e isentar Erin Suttle da Erin Elizabeth Holistic Health de toda e qualquer responsabilidade, reivindicações, demandas ou causas de ação que possam surgir da minha participação em medicina natural, medicina funcional e nutrição holística. Eu entendo que Erin Suttle não é licenciada como profissional de saúde. Ela não é médica. O estado não adotou nenhum requisito educacional ou de treinamento para profissionais de saúde complementares ou alternativos não licenciados. Erin Suttle não pode diagnosticar, curar ou tratar doenças. Qualquer conselho dado é apenas para fins de bem-estar e estilo de vida holístico.

DIVULGAÇÃO MÉDICA

Afirmo que as informações fornecidas acima estão corretas e completas, que revelei todas as informações e condições médicas relevantes ao profissional e que consulte um profissional de saúde antes de me submeter à terapia, se necessário. Informarei meu terapeuta sobre qualquer medicação, saúde ou alterações diagnosticadas a qualquer momento durante meu tratamento. Entendo que não haverá responsabilidade por parte do terapeuta caso eu me esqueça de fazê-lo. Ao assinar esta liberação, renuncio e isento meu terapeuta de toda responsabilidade passada, presente e futura relacionada aos meus tratamentos terapêuticos.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Li esta renúncia e liberação de responsabilidade cuidadosamente e entendo completamente seu conteúdo. Reconheço que, ao assinar este documento, estou renunciando a certos direitos legais, incluindo o direito de processar. Eu concordo em participar da medicina natural, medicina funcional e nutrição holística.

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Assinatura do Participante: _____ Data: _____

Se o participante for menor de 18 anos, um dos pais ou responsável deve assinar

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____ Relacionamento com o Participante: _____

Aliança de Bem-Estar Profissional (PWA)

Acordo de Associação

Quem Somos:

A Professional Wellness Alliance é uma associação eclesial com a missão de proteger prestadores de serviços e reunir pessoas e famílias para aprender e compartilhar conhecimentos sobre autocuidado e saúde holística.

Como Funciona:

Indivíduos e famílias se unem à comunidade com membros missionários licenciados da PWA para compartilhar os serviços descritos abaixo. A PWA é uma comunidade privada e exige associação para garantir proteção dos prestadores, boa ordem na comunidade, conduta dos membros e qualidade dos serviços.

Serviços Oferecidos:

A missão da PWA é educar, esclarecer e fortalecer os membros por meio do autocuidado e da educação em saúde holística.

Serviços Não Oferecidos:

Os prestadores não oferecem serviços de saúde licenciados pelo Estado sob a licença PWA e NÃO assumem responsabilidade pela saúde de nenhuma pessoa, nem pelo diagnóstico, tratamento ou cura de sintomas ou condições.

Como Me Tornar Membro:

Você deve se inscrever através de um prestador licenciado pela PWA e concordar com as seguintes regras:

1. Reconhecer que os Prestadores Membros (Licenciados PWA) oferecem apenas os serviços descritos em "Serviços Oferecidos", que são de autocuidado e educação, não serviços médicos.
2. Concordar que todos os registros dos serviços recebidos estarão disponíveis a você como "registros educacionais privados de membro", não registros médicos.
3. Reconhecer que a PWA faz o possível para garantir a integridade e competência dos Prestadores, mas que eles são educadores independentes, não funcionários da PWA. Assim, você concorda em isentar a PWA e afiliados de qualquer responsabilidade.
4. Concordar em tentar resolver qualquer reclamação diretamente com o outro membro. Se não for possível, aceitar resolver a questão por arbitragem com um árbitro escolhido em comum acordo.
5. Reconhecer que todo o conteúdo no site da PWA, newsletters, textos, links de afiliados ou similares é apenas para fins educacionais, não devendo ser considerado aconselhamento médico.

Prazo e Cancelamento:

A associação à PWA começa quando você aceita este Acordo e termina mediante aviso escrito de você para a PWA ou da PWA para você. A PWA se reserva o direito de negar ou encerrar a associação de qualquer membro sem necessidade de justificativa. O cancelamento não elimina suas obrigações assumidas enquanto você era membro ativo.

Aceite:

Ao assinar abaixo ou concordar pela plataforma on-line da PWA, você aceita a associação e confirma que este acordo é um contrato vinculativo, comprometendo-se a seguir os termos acima.

Nome:	Data:	E-mail:
Assinatura do Membro:	Inscrição realizada por:	Nº do Provedor PWA:
	Erin E. Suttle	4679361