

SÍNTOMAS TRATABLES CON SISTEMA DEAR

Primer Nombre _____

Primer Apellido _____

Email _____

País _____

Fecha de Evaluación	Cantidad de síntomas
1a (día 0) = <i>escriba aquí la fecha</i>	
2a (día 30) = <i>escriba aquí la fecha</i>	
3a (día 60) = <i>escriba aquí la fecha</i>	
4a (día 90) = <i>escriba aquí la fecha</i>	
5a (día 120) = <i>escriba aquí la fecha</i>	
6a (día 150) = <i>escriba aquí la fecha</i>	
7a (día 180) = <i>escriba aquí la fecha</i>	

MOLESTIAS

cuando utilizamos la palabra molestia significa cualquiera de las siguientes condiciones:



Adormecimiento, Agitación, Ardor, Bombeo, Calambre, Cansancio, Debilidad, Disfunción, Dolor, Endurecimiento, Electricidad, Enrojecimiento, Frío, Granos, Hinchazón o edema, Hormigueo,

Inflamación, Molestia, Movimiento, Opresión, Pesadez, Picazón o comezón, Punzada, Resequedad, Silbido, Tapado, Temblor, Tirón o Halón, Zumbido.

CALIFIQUE SUS SINTOMAS CON UNA DE LAS SIGUIENTES LETRAS:

Puede imprimir este formulario o llevar un control aparte según su conveniencia. En la rayita a la izquierda de cada síntoma califíquese escribiendo una de la siguientes letras o signos:

- D** si el síntoma le sucede Diario 1 o más veces al día,
- M** si el síntoma le sucede Mensual o Semanal 1 o más veces,
- B** si el síntoma le sucede Bimestral al menos 1 vez,
- A** si el síntoma le sucedía antes, pero ya no le da.

Luego de 30/60/90/120/150/180 días de usar Estilo de Vida de Sistema DEAR (EVSD) al reevaluar sus síntomas pone:

- X** (equis) si el síntoma ya no se presenta,
- (signo menos) si el síntoma es menor que antes
- = (signo igual) si es igual que antes o
- + (signo más) si es mayor que antes.

Si ha practicado bien EVSD cada 30 días los síntomas deben ser menores o pueden haberse eliminado.

IMPORTANTE: Deje la línea donde se califica en blanco si el síntoma no se ha presentado ni ahora ni antes.

_____ Acidez estomacal o reflujo gastroesofágico

- | | |
|--|---|
| <p>_____ Adormecimiento en manos, brazos o piernas al despertar en la mañana.</p> <p>_____ Adormecimiento, calambre, hormigueo o pesadez en extremidades</p> <p>_____ Agitación por ejercicio, al subir escalera de 2 plantas o lomas o se cansa rápido al caminar.</p> <p>_____ Al dormir, habla dormido, sonambulismo, temores infundados</p> <p>_____ Alergias polvo u olores, ojos, estornudos, piel, nariz, garganta</p> <p>_____ Angina de pecho: molestia en brazo, pecho y cuello</p> <p>_____ Ansiedad general</p> <p>_____ Ansiedad por comida</p> <p>_____ Aprieta o rechina los dientes al dormir</p> <p>_____ Ardores por debajo de la piel en cualquier lugar del cuerpo</p> <p>_____ Arteriosclerosis</p> <p>_____ Asma</p> <p>IMPORTANTE: Deje la línea donde se califica en blanco si el síntoma no se ha presentado ni ahora ni antes.</p> <p>_____ Baja de peso en últimos meses sin dieta.</p> <p>_____ Caída de cabello excesivo</p> <p>_____ Come y bebe de todo lo que se le antoja —incluye comidas y bebidas nocivas o chatarras— pero nunca se enferma de nada.</p> <p>_____ Cansancio al levantarse en la mañana.</p> <p>_____ Cansancio general durante el día</p> <p>_____ Congestión para-nasal</p> | <p>_____ Debilidad en brazos y piernas o falta de fuerza en manos para abrir frascos</p> <p>_____ Debilidad o fallo articular en tobillo o rodilla que desequilibre al caminar</p> <p>_____ Depresión, desgano, tristeza sin motivo</p> <p>_____ Descamación o resequedad en piel de palmas de mano y plantas de pies si no se aplica cremas.</p> <p>_____ Desequilibrio al caminar, se va de lado.</p> <p>_____ Diabetes controlada con insulina inyectable</p> <p>_____ Diabetes controlada con pastillas</p> <p>_____ Digestión lenta</p> <p>_____ Disfunción eréctil – erección flácida o nula</p> <p>_____ Disminución de libido o falta de deseo sexual.</p> <p>_____ Disnea emotiva – le hace falta el aliento al enojarse o estresarse</p> <p>_____ Disnea sin motivo – sensación que le falta el aliento sin motivo</p> <p>_____ Divertículos.</p> <p>_____ Dolores articulares en general</p> <p>_____ Electricidad – le pasa al tocar objetos o personas</p> <p>_____ Escalofrío o ser friolenta</p> <p>_____ Estornuda con frecuencia en las mañanas</p> <p>_____ Estreñimiento – evacua 1 vez cada dos días o más</p> <p>_____ Estrés</p> <p>_____ Flujos vaginales de color amarillo, blanco leche o marrón entre</p> |
|--|---|

- _____ menstruaciones o se alarga más allá de 3 días el flujo menstrual
- _____ Fogaje, calores, sensación de fiebre o cuerpo o extremidades calientes, ardores por debajo de la piel
- _____ Fosa nasal obstruida.
- _____ Fragilidad capilar, se le forman moretones en muslos y no recuerda haberse golpeado.
- _____ Garganta, carraspera, amigdalitis, disfonía, atoramiento al tragar, se atora con su saliva, siente algo metido en su garganta.
- _____ Gases en pecho hacia el corazón
- _____ Gases excesivos por boca o recto
- _____ Gases que se mueven o suenan en su intestino, aventamiento o distensión abdominal al comer.
- _____ Heces sueltas - evacuaciones sueltas o aguadas.
- _____ Hemorroides, sangre en heces, molestia o ardor al evacuar, evacuaciones intestinales en bolita

IMPORTANTE: Deje la línea donde se califica en blanco si el síntoma no se ha presentado ni ahora ni antes.

- _____ Hígado graso
- _____ Hipertensión
- _____ Hipo
- _____ Hongos en uñas de manos o pies
- _____ Infección vaginal recurrente
- _____ Infecciones virales recurrentes
- _____ Insomnio, le cuesta conciliar sueño al acostarse o si despierta en la madrugada se le dificulta volver a dormir
- _____ Irregularidad menstrual

- _____ Irritabilidad, se enoja con facilidad.
- _____ Lacrimación excesiva, salen lágrimas de sus ojos sin motivo.
- _____ Mancha claras u oscuras en piel
- _____ Manos duras o rígidas al despertar en la mañana
- _____ Mareos o vértigos.
- _____ Memoria mala, se le olvida para que llamaba o lo que iba a buscar
- _____ Metabolismo deficiente del calcio
- _____ Migrañas
- _____ Molestia abdomen bajo central
- _____ Molestia abdomen bajo derecho
- _____ Molestia abdomen bajo izquierdo
- _____ Molestia abdomen medio central
- _____ Molestia abdomen medio derecho
- _____ Molestia abdomen medio izquierdo
- _____ Molestia abdomen superior central
- _____ Molestia abdomen superior derecho
- _____ Molestia abdomen superior izquierdo
- _____ Molestia abdominal
- _____ Molestia al comer grasas
- _____ Molestia al dormir – sobresalto o sueño inquieto o pesadillas o soñar mucho o sensación de que se cae de la cama, en abismo, en agujero o habla dormida o siente temores sin razón o premoniciones.
- _____ Molestia apéndice
- _____ Molestia bajo vientre
- _____ Molestia cabeza
- _____ Molestia cadera lateral, la articulación del muslo y la cadera
- _____ Molestia cadera trasera, donde inician los glúteos
- _____ Molestia cara

- _____ Molestia cintura
- _____ Molestia codo
- _____ Molestia corazón, punzada, dolor, opresión, gas, taquicardia, cambio de ritmo
- _____ Molestia costilla
- _____ Molestia cuello
- _____ Molestia dedo, en uno o en varios dedos de la mano
- _____ Molestia dedo, en uno o en varios dedos del pie
- _____ Molestia espalda alta
- _____ Molestia espalda baja (área lumbar) pero no tiene hernia ni prolapso de disco
- _____ Molestia espalda media
- _____ Molestia hombro
- _____ Molestia mandíbula
- _____ Molestia mano
- _____ Molestia mastoides
- _____ Molestia muñeca
- _____ Molestia músculos diversos.
- _____ Molestia oídos
- IMPORTANTE:** Deje la línea donde se califica en blanco si el síntoma no se ha presentado ni ahora ni antes.
- _____ Molestia ojos
- _____ Molestia omoplato
- _____ Molestia ovario o cólico menstrual.
- _____ Molestia pie al levantarse en la mañana o al estar de pie corto tiempo
- _____ Molestia piel.
- _____ Molestia pierna
- _____ Molestia rodilla
- _____ Molestia senos – halón, punzada, ardor

- _____ Molestia senos por quiste
- _____ Molestia tobillos
- _____ Molestia urinaria, ardor al orinar
- _____ Molestia urinaria, chorro de su orina es en forma de regadera
- _____ Molestia urinaria, chorro intermitente
- _____ Molestia urinaria, chorro partido en dos
- _____ Molestia urinaria, chorro sale delgado
- _____ Molestia urinaria, demora inicial
- _____ Molestia urinaria, orina frecuente en poca cantidad o en mucha cantidad
- _____ Molestia urinaria, orina mucho en la noche
- _____ Molestia urinaria, orina mucho si toma agua
- _____ Molestia urinaria, orina muy amarilla frecuentemente
- _____ Molestia urinaria, orina transparente como agua frecuentemente
- _____ Molestia urinaria, se le sale la orina si no va a orinar enseguida o si tose o ríe
- _____ Molestia urinaria, sensación de no vaciar la vejiga después de orinar
- _____ Molestia urinaria, termina goteando o por caños
- _____ Molestia urinaria, tiene que ir urgente a orinar si toma algo de agua
- _____ Molestia vagina
- _____ Oído pica, zumba, silba, duele, oye poco, se tapa su oído
- _____ Oído, no entiende cuando le hablan en su idioma

- _____ Ojos punza, duele, pica, arde,
sensación de brusca que no existe
- _____ Ojos reseco
- _____ Osteoporosis u osteopenia
- _____ Perineo, (área entre testículos y
ano) punza o siente molestias allí
- _____ Picazón piel o vagina
- _____ Piel con granos o irritaciones
- _____ Piel reseca
- _____ Reflujo gastroesofágico
- _____ Resequedad en boca, labios, nariz,
garganta
- _____ Resequedad vaginal
- _____ Resfriados fallidos – siente que se
va a resfriar al despertar en la
mañana, pero se le quita con el
paso de las horas del día
- _____ Resfriados normales – se resfría 1 o
2 veces por año y del cuarto día en
adelante expectora moco
amarillo, después moco verde y
final moco blanco.
- _____ Resfriados frecuentes – más de dos
al año
- _____ Resfriados nulos – tiene más de 5
años que no se resfría
- _____ Ronca duro o suave
- _____ Sabor en boca al levantarse ácido o
metálico
- IMPORTANTE: Deje la línea donde se
califica en blanco si el síntoma no se ha
presentado ni ahora ni antes.**
- _____ Sabor en boca amargo al levantarse
o pastoso o molestia al comer
grasa
- _____ Saliva en exceso, blanca leche o
ácida

- _____ Sinusitis o rinitis
- _____ Sobrepeso excesivo
- _____ Sobresalto, sueño inquieto,
pesadilla, soñar en exceso,
sensación de caída de cama-
agujero o abismo
- _____ Suda mucho la cabeza y el cuello
- _____ Suda mucho las manos y los pies
- _____ Sudor excesivo en cabeza o cuello
al dormir
- _____ Sudoración nula – no suda nada
- _____ Sudoración poca
- _____ Temblores en extremidades
- _____ Traqueo articular en muchas
articulaciones
- _____ Traqueo articular en pocas
articulaciones
- _____ Uñas débiles, se quiebran
fácilmente o crecen poco o no
crecen casi nada
- _____ Varices delgadas o gruesas
- _____ Varices que duelen



Si usted, alguno de sus familiares o amistades contesta positivo a al menos diez (10) de estos síntomas y quiere aprender un estilo de vida que le ayude a:

- tener el control de su cuerpo y de su salud *(es importante que usted tenga el control*

Síntomas Tratables con Estilo de Vida Saludable

de su cuerpo porque de ello depende su buena salud ...),

- conocer su cuerpo a través de los síntomas que son mensajes pidiéndole ayuda
- mejorar la capacidad autocurativa de su cuerpo para asistirse en disminuir o eliminar diversos síntomas de salud,
- controlar su peso corporal,
- tener mayor vigor, felicidad y longevidad con la mejor calidad de vida,
- vivir sin temores excesivos respecto a posibles enfermedades oportunistas,
- disminuir el envejecimiento prematuro y las probabilidades de enfermedades prematuras,
- tomar mejores decisiones de salud para usted y las personas que le son importantes,

Entonces “Estilo de Vida de Sistema DEAR (EVSD)” es para usted.

VISITE NUESTRO WEB:

www.evsd.info

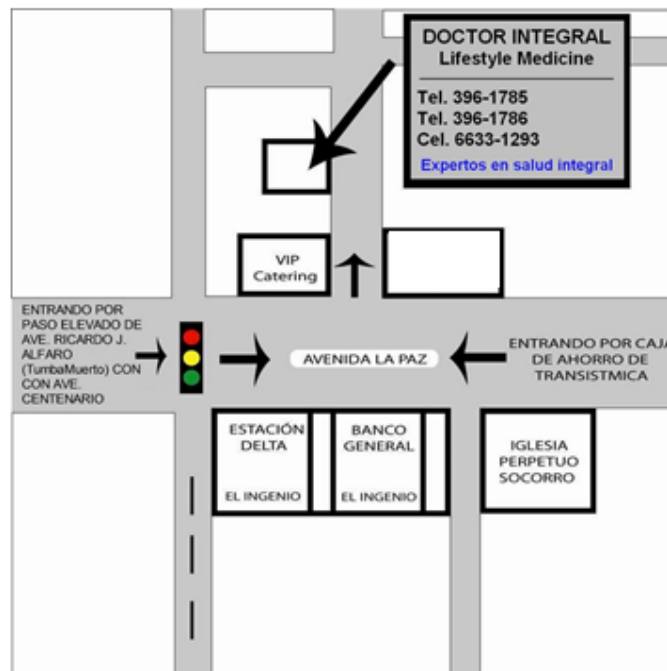
o

VISITE NUESTRO LOCAL



Local C54, calle 74 A oeste, El Ingenio, Betania, Ciudad de Panamá, República de Panamá.
Tel. clínica +507 396-1785
Tel. clínica +507 396-1786
Dr. Moreno +507 6841-2312 (voz y WhatsApp)
Clínica +507 6633-1293 (voz y WhatsApp)
Formulario de síntomas en web:
<http://evsd.info/s/ci>

MAPA DE UBICACIÓN



Saludos y bendiciones de nuestro Creador.

El Equipo de Doctor Integral Lifestyle Medicine (DILM)