



Hola, y gracias por hacer contacto,

Encuentre a continuación el formulario de información del cliente. Esta información que proporciona es completamente confidencial y se utilizará internamente y con otro personal médico con el que consultamos para ayudarlo con su programa y recuperación.

También recibirá un correo electrónico. De nosotros con respecto a DROPBOX.

Dropbox es un servicio de alojamiento de archivos operado por la empresa estadounidense Dropbox, Inc. Para usted y para mí, significa que podemos tener una ubicación, en la que puede colocar documentos, imágenes y todos sus informes de forma segura. Lo que colocas en esta carpeta lo guardas en tu computadora o lo usas en línea, lo podemos ver. Lo que colocamos en esta carpeta, se puede ver. Es así de simple, es una ubicación compartida para todos los documentos, imágenes y su programa.

Una vez que se complete el siguiente formulario, debemos programar una nueva consulta. Usando WhatsApp +593995135303, escriba o envíe un mensaje de texto a ese número y solicite una hora o llame directamente a la oficina.

Las consultas están disponibles la mayoría de las tardes.

En cualquier momento si necesita una respuesta rápida a su pregunta. Escribe en WhatsApp. Tardes para consultas familiares grupales y revisión mensual del programa SKYPE

En nuestras instalaciones, temprano en la mañana estamos haciendo terapias intravenosas, la mayoría de las tardes después de las 2 pm podemos sentarnos y conversar. Pero los martes y jueves no tenemos citas presenciales, por lo que podemos ayudar a los que están en casa.

Por favor proporcione lo siguiente con este formulario.

Análisis de sangre

Escanear informes

Detalles de cualquier alergia alimentaria

¿Fechas previstas de los informes que ha pedido?

Detalles del pasado tradicional y Natural; o Terapias alternativas que ha realizado, y si y qué efectos secundarios buenos o malos experimentó.

Saludos,

El equipo de Atlantis

Envíe este formulario por correo electrónico a [Help@Atlantis-Health-ReTreat.com](mailto:Help@Atlantis-Health-ReTreat.com)

Su Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

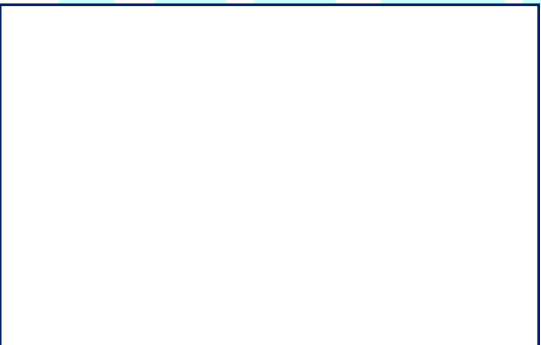
Motivo del primer contacto \_\_\_\_\_

¿Persona de Atlantis que ha hablado contigo? \_\_\_\_\_



por favor inserte su foto actual

Por favor coloque una copia de su C.I. o Pasaporte aquí.  
Esto es necesario para nuestro programa de contabilidad y para no cobrarle impuestos sobre las ventas si estamos suministrando productos o servicios fuera del Ecuador.



## Historial de Cliente

Fecha: Día ..... /Mes ..... / Año .....

Contacto Principal:

.....Email.....

Nombre del cliente: .....

Fecha de nacimiento: ..... /..... /.....Edad ..... C.I.  
#.....

Correo electronico: .....

Dirección :.....

..... : .....Codigo postal: .....

Número del cliente:.....

No. Celular de Pareja/Acompañante:.....

Contacto de Emergencia .....

Empleo :.....

**Cómo sabe de nosotros?**

Amigo/a  Publicidad  Otro médico  Internet

Detalles: .....

Me considero: En forma  Rasonablemente en forma  Reasonablemente No  
en forma  Falta de aptitud fisica

Antecedentes Personales:

.....  
.....

Antecedentes Quirúrgicos:

.....

.....  
.....

Antecedentes Familiares:

.....

**Historia Medica General:**

Grupo Sanguíneo A, B, AB, O ..... (Por favor indicar + o – si conoce)

Cuantos hijos tiene usted?

.....

**Queja de Salud primaria:**

.....

.....

Primera noticia:.....

Causa conocida: .....

Ha tenido alguna cirugía? De ser así, de que tipo y donde: .....

.....

Pruebas previas:

.....

Tratamientos previos: .....

Efectividad del tratamiento:

.....

Resultado esperado según su médico: .....

.....

**Esta tomando algún medicamento con prescripción y / o sin receta?**

Si es así, indique el medicamento y su propósito:

.....

.....

.....

Está actualmente bajo tratamiento de un médico?

Si es así, ¿por qué enfermedad o propósito?:

.....  
.....

Enumere los detalles de los informes de respaldo presentado a Atlantis

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....



**ATLANTIS**

### Historia Medica General

Tiene alergia a algunos de los siguientes items?

Hierba  Comidas  Polen  Vitaminas  Medicinas  Otros

De ser así, enumere e incluya su reacción:

.....  
.....

Usted fuma? Si  No  Pasivo  Lo Dejo  Cuando?.....

Cuanto fumaba? ...../al dia

Consumo bebidas Alcoholicas? Si  No  .....copas / semana

Se encuentra actualmente en una dieta especifica? Si  No

Detalle: .....

De ser así, cual es el propósito?

.....  
.....

Por favor, detalle a continuación cualquier suplemento nutricional que pueda estar tomando y por qué?

.....  
.....

## Haga una lista de sus 5 problemas de salud:

A continuación hay espacio disponible para que enumere sus problemas de salud en orden de mayor a menor intrusión.

<u>Por ejemplo,</u>	Desafío de salud 1:	Esta es su queja principal
	Desafío de salud 2:	dolor agudo en el hombro derecho
	Desafío de salud 3:	estreñimiento
	Desafío de salud 4:	dolor de espalda baja
	Desafío de salud 5:	sarpullido en la pierna izquierda

El siguiente paso es calificar la intensidad de cada uno de los desafíos en una escala del 1 al 10. 1 significa que no le concierne, 5 significa que lo aguanta pero le gustaría que se fuera, y 10 significa que le impide hacer ciertas cosas y necesita abordar este desafío con urgencia.

**Desafío de salud 1: (este es su principal desafío de salud de la página anterior)**

.....

Detalles:

.....

Puntuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Desafío de salud 2:**

.....

Detalles:

.....

Puntuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Desafío de salud 3:**

.....

Detalles:

.....

Puntuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Desafío de salud 4:**

.....

Detalles:

.....

Puntuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Desafío de salud 5:**

.....

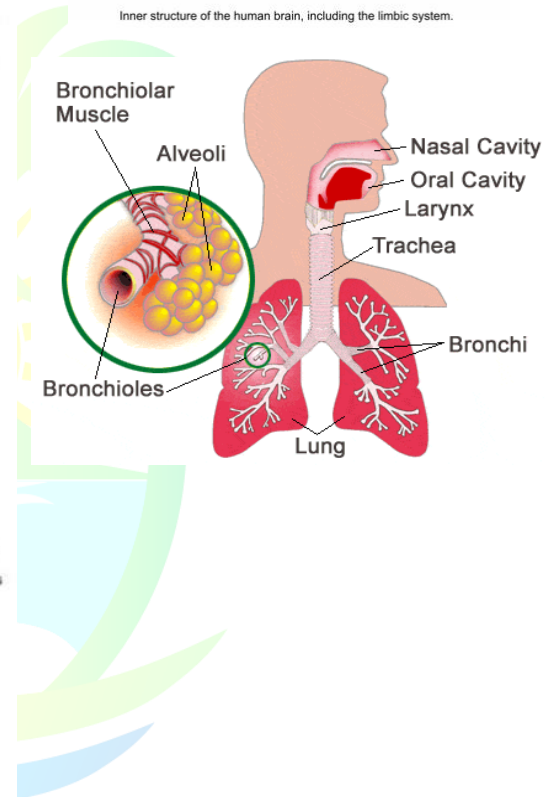
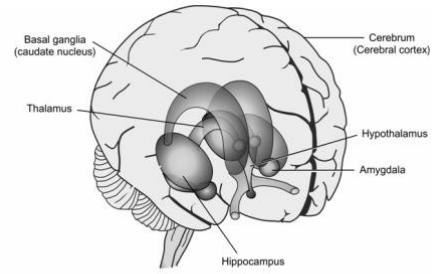
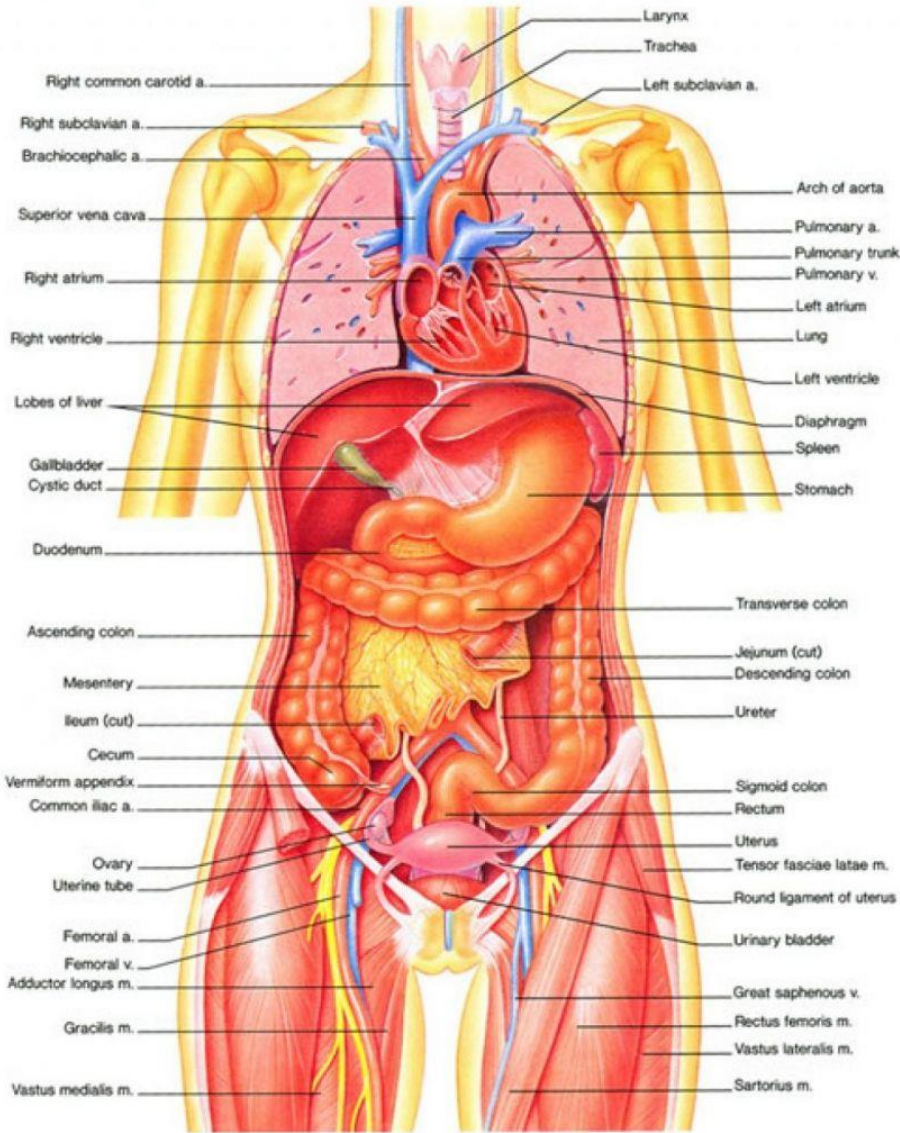
Detalles:

.....

Puntuación: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

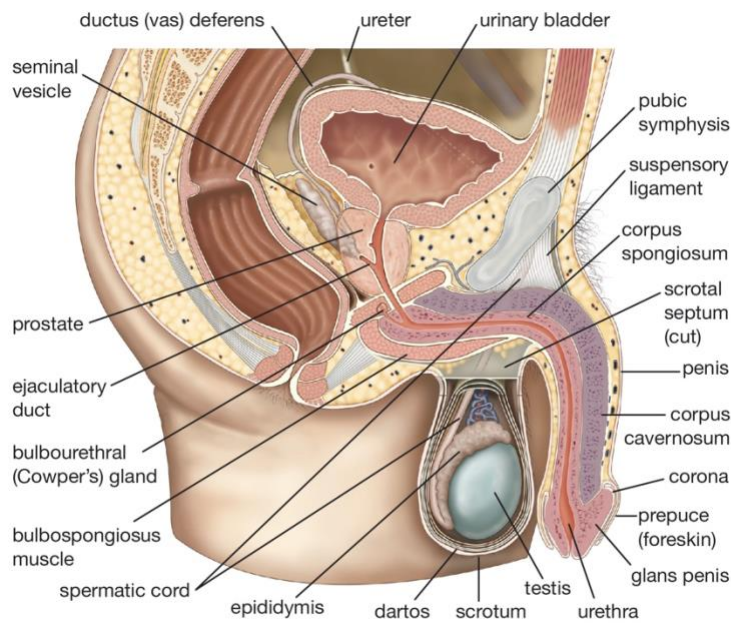


# Ubicación de los Problemas de Salud



A'

IS



© 2013 Encyclopædia Britannica, Inc.



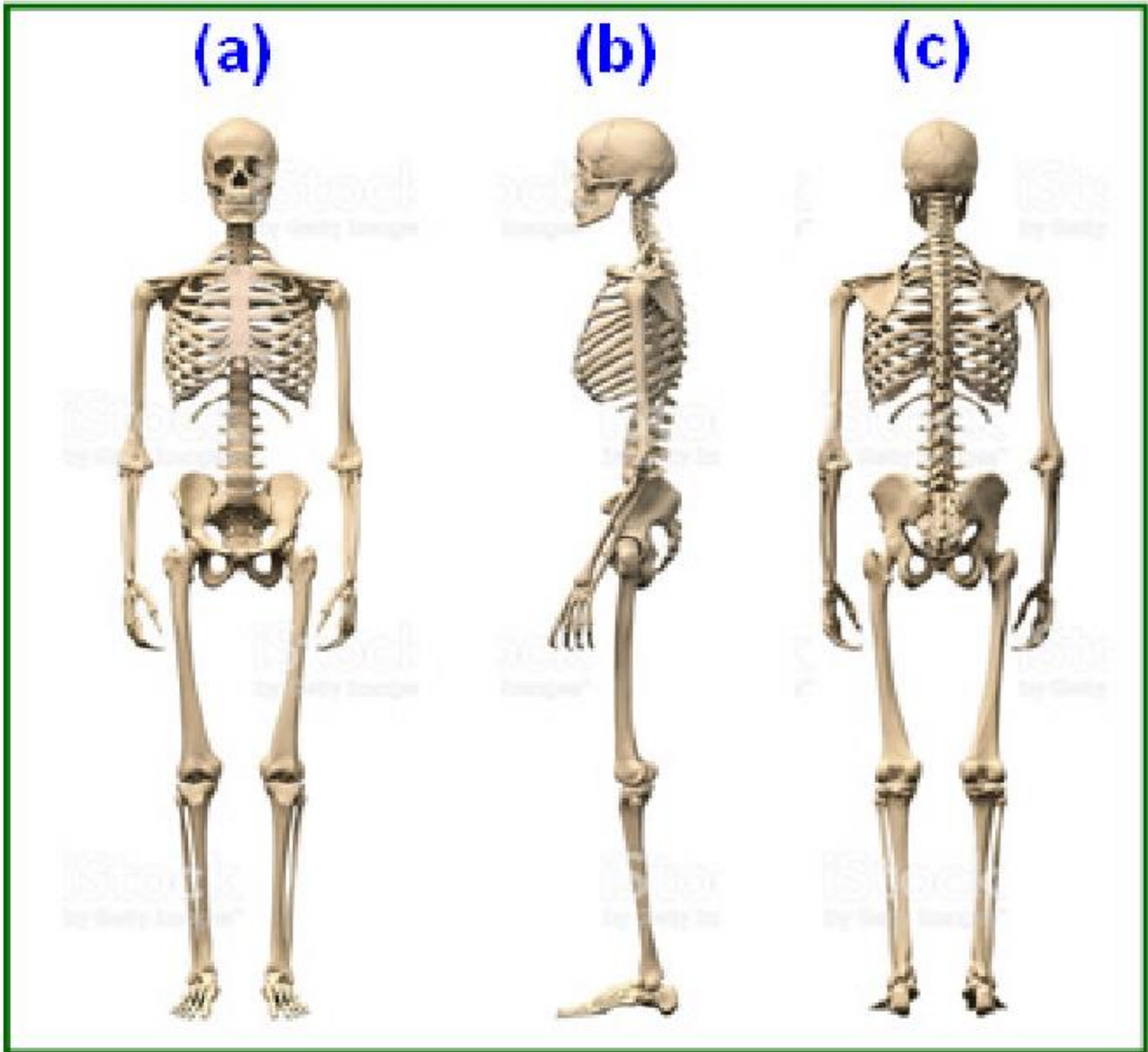
ATLANTIS



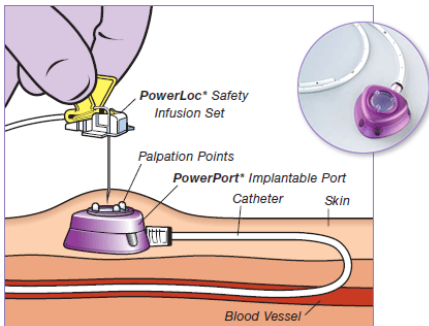
## Esqueleto (Problema óseo)

Primario: Indique como 1  
Secundario: Indique como 2  
Otro: Indique como 3  
Otro: Indique como 4  
Otro: Indiqu como 5

Descripcion: .....  
Descripcion: .....  
Descripcion: .....  
Descripcion: .....  
Descripcion: .....



Do you have a PORT? Y. - N



In Confidence

VIH/SIDA positivo	si	no	medicina cortisona	si	no	Hepatitis A	si	no	perdida de peso reciente	si	no
Alzheimer	si	no	diabetes	si	no	Hemofilia	si	no	dialisis renal	si	no
Anemia	si	no	Drogadiccion	si	no	problemas con el corazon	si	no	fiebre reumatica	si	no
Angina	si	no	Hepatitis A o B	si	no	alta presion sanguinea	si	no	reumatismo	si	no
artritis/gota	si	no	Sin aliento	si	no	colesterol alto	si	no	escarlatina	si	no
valvula cardiaca artificial	si	no	enfisema	si	no	colmena o erupcion	si	no	herpes	si	no
asma	si	no	epilepsia	si	no	hipoglucemia	si	no	enfermedad de celulas falciformes	si	no
articulacion artificial	si	no	sangrado excesivo	si	no	pulso irregular	si	no	problema sinusal	si	no
Enfermedad de la sangre	si	no	sed excesiva	si	no	problemas renales	si	no	espina bifida	si	no
Transfucion de sangre	si	no	mareos	si	no	leucemia	si	no	enfermedad estomacal/intestina	si	no
Cancer	si	no	tos frecuente	si	no	problemas del higado	si	no	paralisis	si	no
Quimioterapia	si	no	diarrea frecuente	si	no	baja presion sanguinea	si	no	hinchazon de las extremidades	si	no
Dolores en el pecho	si	no	herpes genital	si	no	enfermedad pulmonar	si	no	problema de tiroides	si	no
herpes labial/ampollas de fiebre	si	no	dolores de cabeza frecuentes	si	no	prolapso de la valvula mitral	si	no	amigdalitis	si	no
trastorno cardiaco congenito	si	no	glaucoma	si	no	osteoporosis	si	no	tuberculosis	si	no
Convulsiones	si	no	fiebre de heno	si	no	dolor en las articulaciones de la mandibula	si	no	tumor o crecimientos	si	no
Facilmente abollado	si	no	infarto	si	no	enfermedad paratiroidea	si	no	ulceras	si	no
Anafilaxia	si	no	Soplo cardiaco	si	no	cuidado psiquiatrico	si	no	enfermedad venerea	si	no
Problemas respiratorios	si	no	marcapasos cardiaco	si	no	tratamientos radiactivos	si	no			

# ATLANTIS



## In Confidence

Si cree que tiene una emergencia médica,  
consulte a su médico de inmediato o marque el 911.  
Nada en este sitio es un consejo médico.

© COPYRIGHT Atlantis Health ReTreat 2020 - 2022 Programas establecidos desde el año 2000

FDA - TGA - EC-H Descargo de responsabilidad internacional

Las declaraciones en este sitio web no han sido evaluadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) ni por la TGA australiana, ni por el Departamento de Salud de ningún otro país. Los suplementos y los productos intravenosos no han sido evaluados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) ni por la TGA australiana, ni por el Departamento de Salud de Ecuador ni de ningún otro país.

Por ley, debemos declarar que estos productos no están destinados a diagnosticar, tratar, curar o prevenir ninguna enfermedad.

La información se proporciona únicamente con fines informativos y no debe considerarse un consejo médico. Declaración anterior requerida por la ley.

Todos los derechos reservados y sujetos a nuestros Términos y condiciones.

### **DIVULGACIÓN DEL PACIENTE**

Entiendo que todos los Informes generados a partir de mis imágenes o conversaciones están destinados a ser utilizados por proveedores de atención capacitados de Atlantis para ayudar en la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento.

Además, entiendo que los informes, programas o sistemas proporcionados no están destinados a ser utilizados por personas para la autoevaluación o el autodiagnóstico.

Entiendo que los informes de Atlantis u otro personal no me dirán si tengo alguna enfermedad, dolencia u otra condición, sino que serán un análisis de las Imágenes con respecto únicamente a los hallazgos termográficos discutidos en el Informe o análisis de sangre tomados. Estás de acuerdo y aceptas nuestro Aviso legal, términos y condiciones detallados en el sitio web.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la evaluación anterior y los programas recomendados. Entiendo que se me enviará otro formulario para completar y una factura.

Esta factura solo es pagadera si elijo convertirme en miembro del Sistema Atlantis.

Firme a continuación si toda la información provista es verdadera y correcta y usted acepta nuestros términos y condiciones

Firma ..... Fecha: .....

Testigo ..... Fecha: .....

### **CONFIDENCIAL**

**FAX y/o correo electrónico ADVERTENCIA:**  
Este fax y los documentos adjuntos son para uso de destinatario solamente. Cualquier revisión/uso está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDO**  
Si lo recibe por error, notifíquenos de inmediato y llame.  
EE. UU.-Canadá Número gratuito +1 1-877-891-1368



## CHEQUEO ANUAL MASCULINO

HEMATOLOGÍA
Hemograma completo
Grupo sanguíneo
TP
TPT
Fibrinogeno

QUÍMICA
Urea Creatinina
Ácido Úrico
Glucosa en ayunas
Hemoglobina glicosilada
Colesterol
HDL
LDL
Triglicéridos
Proteínas total y fraccionadas
Bilirrubina total y fraccionada

FUNCIONES HEPATICAS
TGO
TGP
GGT
Amilasa
Lipasa

Vitamina
Vit D
Vit B12

INMULOGÍA Y ALERGIAS
IgG COVID-19
IgM COVID-19
Herpes
IgE
IgG Rickettsia
IgM Rickettsia

ELECTROLITOS
Sodio
Potasio
Calcio
Cloro
Magnesio
Fósforo
Litio
Zinc
Iodo

HORMONALES
THS
T3 TOTAL
T3 LIBRE
T4 TOTAL
T4 LIBRE
Testosterona
DHEA

HECES
Coproparasitario
Sangre Oculta

ORINA
Orina Completa

MARCADORES TUMORALES
CEA
Alfafetoproteínas
PSA TOTAL
PSA LIBRE
CA 19-9
CA 72-4
CA 125
CA 15.3

Otros Exámenes
Ecografía
Tomografía computarizada
Rayos - X



This is a list of bloods we do on arriving international clients and before a full examination. The doctor may take off or add some bloods based on your examination and reporting conditions. We believe early diagnoses is better than waiting for symptoms to show up. The costs change from place to place. But our local pathology under \$500 but please always confirm before they take the blood.

Esta es una lista de sangres que hacemos al llegar a clientes internacionales y antes de un examen completo. El médico puede quitar o agregar algunas muestras de sangre según su examen y las condiciones del informe. Creemos que los diagnósticos tempranos son mejores que esperar a que aparezcan los síntomas. Los costos cambian de un lugar a otro. Pero nuestra patología local cuesta menos de \$500, pero siempre confirme antes de tomar la sangre.

**Detalles de pago:** En Atlantis, los pagos en efectivo de hasta \$500 son posibles en la oficina.  
Exceptuamos Bitcoin o Ethereum para pagos pequeños o un porcentaje de montos superiores a \$ 1000  
La banca y los precios están todos en USD e incluyen IVA.  
Todos los demás pagos son por arreglo o por Giro Postal del Banco Internacional.  
Confirme los detalles de pago requeridos antes de realizar el pago.  
Envíe una copia de (a) conversión de fondos, si corresponde. (b) La confirmación del recibo de transferencia del banco.  
a ecuador

**BANCO en Ecuador (USD es nuestra moneda.)**

**-Nombre del banco: BANCO DEL PACIFICO**

**-Número de cuenta corriente: 07902069**

**-Dirección del banco: P. Icaza 200 y Pichincha  
Guayaquil, Ecuador**

**-Código Swift: PACIECEG**

**-Teléfono: +593 43731500**

**Beneficiario,**

**-Impuesto sobre Sociedades/RUC No: 0992918950001**

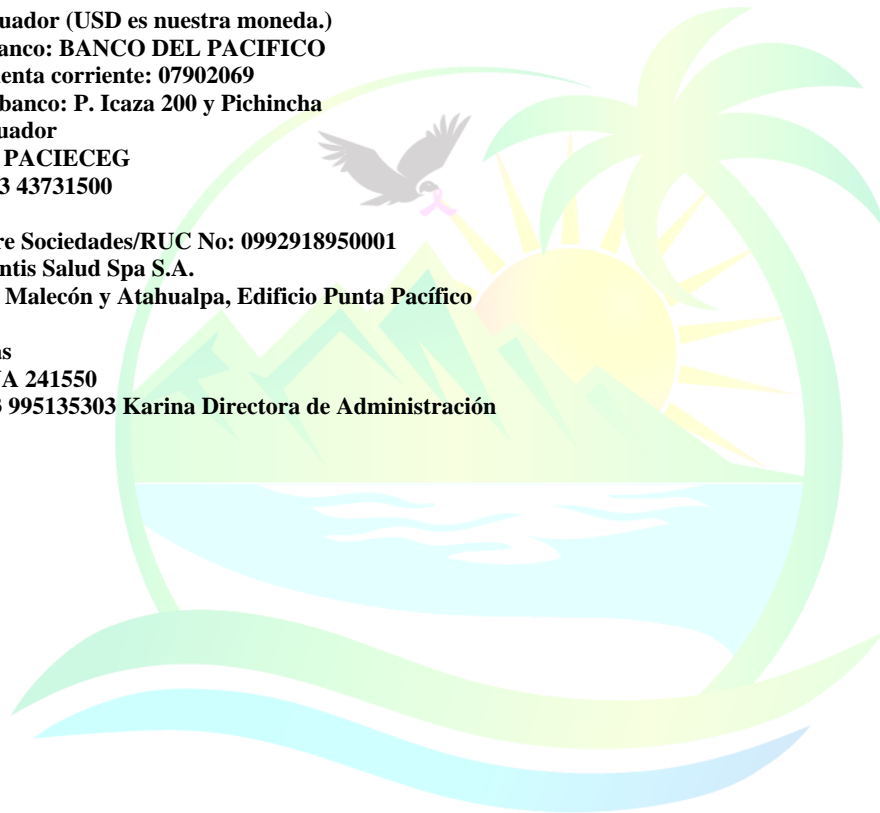
**-Nombre: Atlantis Salud Spa S.A.**

**-Dirección: Av. Malecón y Atahualpa, Edificio Punta Pacífico  
locales 1-2**

**Chipipe-Salinas**

**SANTA ELENA 241550**

**Teléfono: +593 995135303 Karina Directora de Administración**



# ATLANTIS

