



ATLANTIS SALUD

combining ancient wisdom

with 21st century

natural therapies

Hola, y gracias por hacer contacto.

Encuentre a continuación el **formulario de información del cliente**. Esta información que usted proporciona es de confianza incompleta y será utilizada internamente y con otro personal médico con el que consultemos para ayudarlo con su programa y recuperación.

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

Dropbox es un servicio de almacenamiento de archivos utilizado por la compañía estadounidense **Dropbox, Inc.**, para usted y para mí, significa que podemos tener una ubicación, que puede colocar de forma segura documentos, imágenes y todos sus informes. Lo que coloca en esta carpeta lo guarda en su computadora o lo usa en línea, podemos verlo. Puede ver lo que colocamos en esta carpeta. 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. Con **WhatsApp** + 593993919977, escriba o envíe un mensaje de texto a ese número y solicite una hora o llame a la oficina directamente.

Las consultas son los martes y jueves por la tarde.

En cualquier momento si necesita una pregunta rápida respondida. 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 cara a cara, por lo que podemos ayudar a los que están en casa.

Proporcione lo siguiente con este formulario.

Análisis de informes Detalles de cualquier alergia a alimentos ¿Datos esperados de informes que ha solicitado?

Detalles del pasado tradicional y natural; o Terapias alternativas que haya hecho, y si y qué efectos secundarios ha experimentado, bueno o malo.

Saludos,

El equipo Atlantis

<https://www.atlantis-health-retreat.com/>

Su nombre _____

Su nombre _____

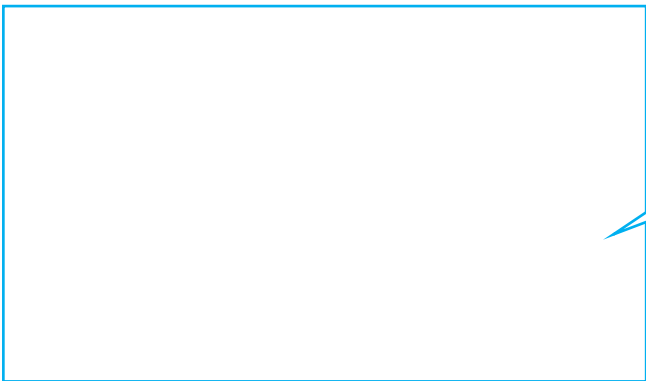
Edad _____ Fecha de hoy _____

Razón por la cual nos contacta _____

Algún miembro del personal se ha comunicado con usted? _____



Por favor inserte una imagen de usted aqui



Por favor coloque una copia de su cédula o algún documento que lo/a identifique.
Esto es requerido para nuestro programa de contabilidad
Y para no cobrarle impuestos sobre las ventas si estamos suministrando productos o servicios a países fuera de Ecuador.

AL
SALUD

Formulario de solicitud del programa de membresía historial del cliente Masculino.

Fecha...../..... / 2020

Miembro Nro.....

Contacto principal:

Detalles del cliente:

.....

Fecha de Nacimiento / / Edad CI #.....

Dirección de Correo Electrónico

Dirección de domicilio

.....

Provincia: Código Postal:

Nro. Telefónico del Cliente.....

Teléfono de Compañero (a) / Amigo (a):

Teléfono de Familiar en Caso de Emergencia

Ocupación:

¿Como supo de nosotros?

Amigo

Seminario

Publicidad

Otro practicante

Internet

Detalles:

Me considero:

En forma

Razonablemente en forma

Razonablemente No Apto

No Apto

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.....

Pruebas Previas

Tratamiento previo

Eficacia 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:

.....
.....
.....

Actualmente está bajo el cuidado de algún médico ?

De ser así, para que enfermedad propósito.

.....

Enumere los detalles de los informes de respaldo presentado a Atlantis:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Historia Medica General

Tiene alergia a algunos de los siguientes items?

Hierba Comidas Pollen Vitaminas Medicinas Otros

De ser así, enumere e incluya su reacción:

.....
.....

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

Cuanto fumaba?/al día

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?.....
.....

Como califica el nivel de estrés en su vida en este momento? Alto Medio Bajo

Detalles.....
.....

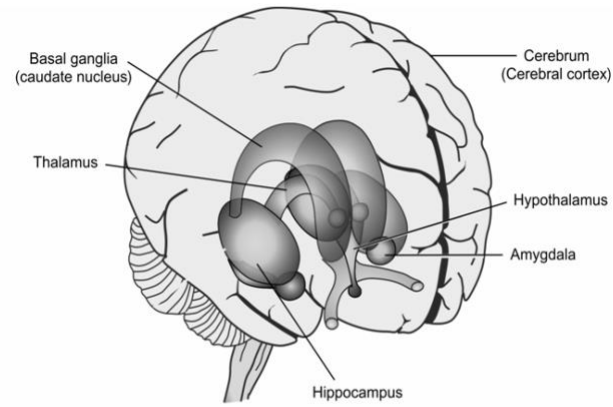
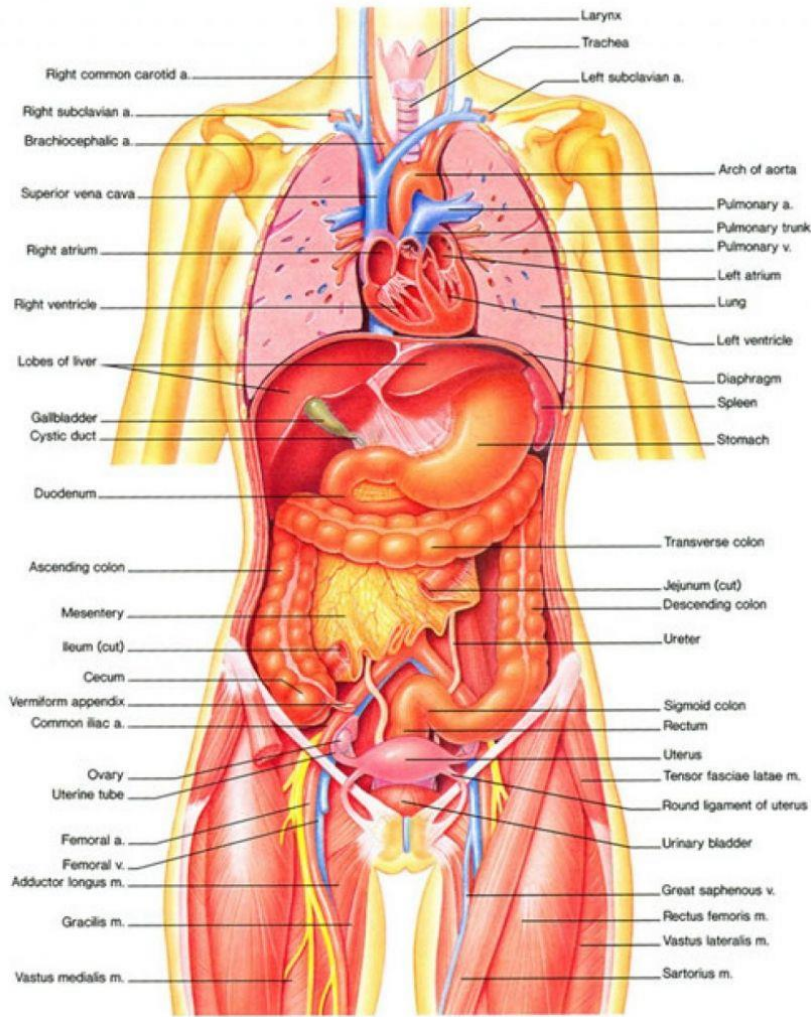
Como calificas tu nivel de **energía** a lo largo del día?

Mañana Alto Medio Bajo

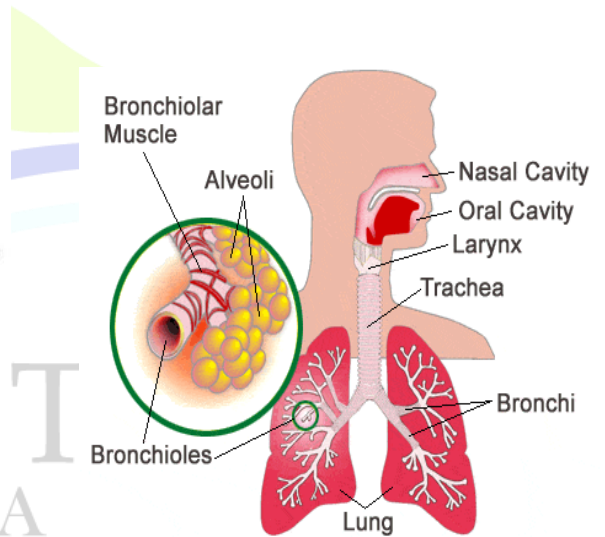
Tarde Alto Medio Bajo

Noche Alto Medio Bajo

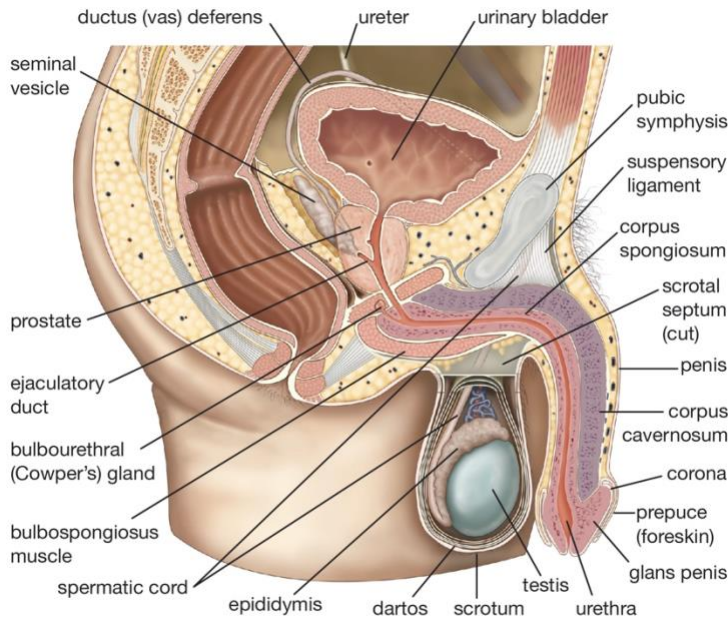
Ubicación de los problemas de salud



Inner structure of the human brain, including the limbic system.



SALUD SPA



Esqueleto (problema óseo)

Primario : Indique como 1

Descripcion:.....

Primario : indique como 2

Descripcion:.....

Primario : indique como 3

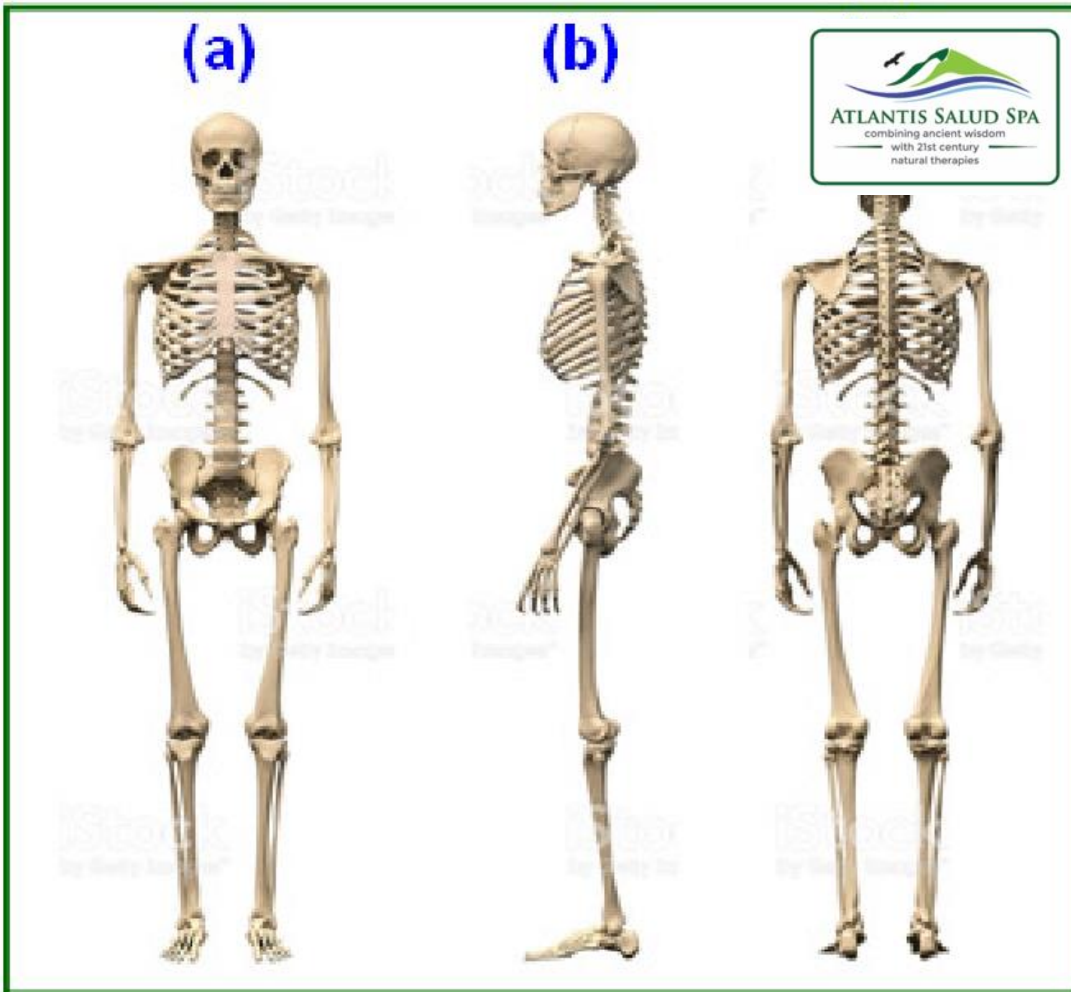
Descripcion:.....

Primario : indique como 4

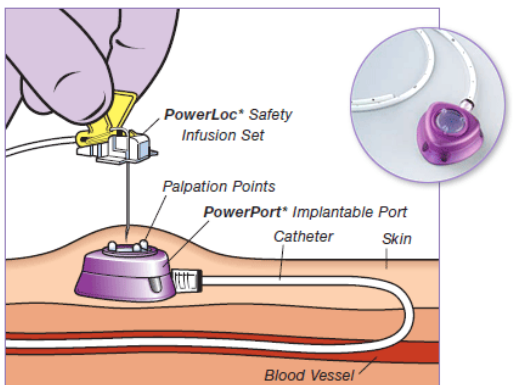
Descripcion:.....

Primario : indique como 5

Descripcion:.....



¿Tiene un Implantofix?



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			

DIVULGACION DE PACIENTE:

Entiendo que todos los informes generados a partir de mis imágenes o debates están destinados a ser utilizados por proveedores de atención capacitados de Atlantis para ayudar en la evaluación, diagnóstico y / o tratamiento. Además, entiendo que cualquier informe, programa o sistema proporcionado no está destinado a ser utilizado por individuos para autoevaluación o autodiagnóstico. Entiendo que cualquier informe de Atlantis u otro personal no me dirá si tengo alguna enfermedad, afección u otra condición, sino que será un análisis de las Imágenes con respecto solo a los hallazgos gráficos de Termo discutidos en el Informe o los análisis de sangre tomados. Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores y acepto la evaluación anterior y los programas recomendados. Entiendo que se me enviará otro formulario para completar y una factura. Esta factura solo se paga si elijo ser miembro de The Atlantis System.

Firma Fecha:

Testigo: Fecha:

CONFIDENTIAL
FAX WARNING: This fax and accompanying documents are for use of addressee only. Any review/use is STRICTLY PROHIBITED
If received in error, please notify us immediately and confirm destruction of original. Thank you

In confidence

Detalles de pago: En Atlantis, los pagos en efectivo de hasta \$ 100 son posibles en la oficina. Todos los demás pagos son por acuerdo o por giro **bancario internacional**. Confirme los detalles de pago requeridos antes de realizar el pago.

A Ecuador

BANCO en Ecuador (USD es nuestra moneda).

-Nombre del banco: BANCO DEL PACIFICO

-Cuenta de verificación #: 07902069

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

-Código Swift: **PACIECEG**

-Teléfono: +593 43731500

Beneficiario,

-Impuesto de empresa / RUC No: 0992918950001

-Nombre: Atlantis Salud Spa S.A.

-Dirección: Av. Malecón y Atahualpa, Edificio Punta Pacifico
Local 1-2

Chipe-Salinas

SANTA ELENA 241550

Teléfono: +593 995135303 Karina Director de Administración



ATLANTIS
SALUD SPA