



Formulario de Evaluación Inicial

Edad / Age

Sexo / Gender

Estatura / Height

Peso actual/ Weight

Peso meta / Ideal Weight

¿Condición médica? / Medical Conditions

¿Medicamentos? / Any Medications?

¿Cuántas comidas al día? / How many meals daily?

¿Hambre o ansiedad? / Hunger or Anxiety?

¿Productos procesados? / Process food?

¿Ejercicio? / Exercise?

Firma del paciente / Signature:

Fecha / Date:

Email back to: info@pahanwellness.com

Turn Around 24 to 48 Hrs