

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Requieres **teoría** o **ejercicio físico**? (Circula)

*Por favor circula la respuesta correcta:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Estás estresado durante el día?** | **Nunca** | **A veces** | **Seguido** | **Muy seguido** |
| **¿Sientes manos o pies fríos?** | **Nunca** | **A veces** | **Seguido** | **Muy seguido** |
| **¿Bostezas de manera regular durante el día?** | **Nunca** | **A veces** | **Seguido** | **Muy seguido** |
| **¿Respiras por la boca en la noche?  ¿Despiertas con la boca seca?** | **Nunca** | **A veces** | **Seguido** | **Muy seguido** |
| **¿De cuánto es tu BOLT?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuántas horas a la semana haces ejercicio? Circula | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | 5-6 | 6-7 | 7 |

**Por favor indica con una “X” el nivel de severidad de los siguientes síntomas.**

**1 = Leve 2 = Moderado 3 = Severo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Síntoma** | **1** | **2** | **3** |  | **Síntoma** | **1** | **2** | **3** |
| Tos |  |  |  |  | Sudor excesivo |  |  |  |
| Respiración con silbido |  |  |  |  | Estrés alto |  |  |  |
| Asma por ejercicio |  |  |  |  | Problemas estomacales |  |  |  |
| Gripas frecuentes |  |  |  |  | Dolor de músculos |  |  |  |
| Falta de aire en reposo |  |  |  |  | Cansansio |  |  |  |
| Suspiros frecuentes |  |  |  |  | Insomnio o dificultad para dormir |  |  |  |
| Bostezos frecuentes |  |  |  |  | Problemas de concentración |  |  |  |
| Apnea de sueño |  |  |  |  | Ataques de pánico |  |  |  |
| Ronquidos |  |  |  |  | Dolores de cabeza |  |  |  |
| Dolor de espalda baja |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cuestionario de Nijmegen**

**Por favor indica con una “X” el nivel de severidad de los siguientes síntomas, y súmalos.**

**0 = Nunca 1 = Raro 2 = A veces 3 = Seguido 4 = Muy seguido**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Síntoma** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |  | **Síntoma** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Dolor de pecho |  |  |  |  |  |  | Estómago inflado |  |  |  |  |  |
| Tensión |  |  |  |  |  |  | Hormigueo en dedos |  |  |  |  |  |
| Visión borrosa |  |  |  |  |  |  | Incapacidad de respirar profundo |  |  |  |  |  |
| Mareos |  |  |  |  |  |  | Rigidez en dedos o brazos |  |  |  |  |  |
| Confusión, despersonalización |  |  |  |  |  |  | Rigidez en boca |  |  |  |  |  |
| Respiración rápida o profunda |  |  |  |  |  |  | Manos o pies fríos |  |  |  |  |  |
| Falta de aire |  |  |  |  |  |  | Palpitaciones intensas |  |  |  |  |  |
| Opresión de pecho |  |  |  |  |  |  | Ansiedad |  |  |  |  |  |
| **Total** |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

(Un puntaje de 23 (de 64), indica un posible diagnoses de síndrome de hiperventilación crónica)

**Por favor indica algún otro síntoma o condición que puedas sentir:**

**Acuerdo de liberación de responsabilidad, indemnización, y asunción de riesgos**

**OXYGEN RESEARCH INSTITUTE LTD**

**Al firmar este formulario, estará de acuerdo con ciertas restricciones sobre sus derechos legales. Léalo con calma antes de firmar. No dude en consultar con su abogado antes de firmar.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Iniciales** |  |
|  | Entiendo que el instructor que enseña la técnica no es un médico y no tiene experiencia en la prescripción de medicamentos. |
|  | Si en algún momento durante este curso tengo alguna inquietud sobre mi salud o bienestar, estoy de acuerdo en notificar a mi instructor de inmediato. Entiendo que soy libre de abandonar el curso en cualquier momento por cualquier motivo. Si durante el curso o después, siento la necesidad de asistencia médica o de otro tipo, asumo toda la responsabilidad de comunicar esto, así como de buscar la atención adecuada, incluido abandonar el curso y obtener dicha atención. |
|  | Si soy mujer, **me aseguro de no estar embarazada** antes de comenzar, durante el entrenamiento y los ejercicios de la técnica. Si estoy embarazada, discutiré esto con mi instructor de Oxygen Research Institute Ltd antes de comenzar el curso y los ejercicios. Si quedo embarazada o creo que puedo estar embarazada mientras tomo esta capacitación, suspenderé todos los ejercicios de Oxygen Advantage e informaré a mi instructor de Oxygen Research Institute Ltd inmediatamente. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Nombre legible

**La firma del padre o tutor es necesaria para participantes menores a 18 años.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Nombre legible