

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “ESCULAPIO”

I.S.T.E.

REGISTRO SENESCYT N.17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2018

USO DE JARABE DE JENGIBRE PARA RESFRIADO COMÚN
TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA

WILMER STALIND ASIMBAYA GUILLUPANGUI

DR. MAX BONILLA

RESUMEN

El ser humano requiere una calidad de vida saludable, para lo que necesita un equilibrio corporal, mental, y espiritual. Dentro de la medicina alternativa la fitoterapia funciona como una ciencia ya que estudia el uso de plantas para fines curativos. El presente estudio se concentra en el jengibre. Esta planta contiene propiedades terapéuticas y tiene como característica principal el ser una planta multipropósito, puesto que contiene propiedades expectorantes, antitusígenas y en especial para fortalecer el sistema inmune, para contribuir de esta manera a controlar los síntomas y los procesos gripales propios de un resfriado común causados por factores externos y cambios ambientales. Para contrarrestar dichos efectos se utiliza el jarabe de jengibre, el mismo que mediante el correcto uso puede dar excelentes resultados, y debido a su bajo costo y fácil acceso puede convertirse en una alternativa eficaz para la población ecuatoriana que lo necesite.

Palabras Claves: jengibre, resfriado, fitoterapia, inmune, antitusígeno, expectorante, jarabe, ambiental, eficaz.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO "USO DE JARABE DE JENGIBRE PARA EL RESFRIADO COMUN" FUE REALIZADO POR WILMER STALIN ASIMBAYA QUILLUPANGUI.

Quito, Agosto 2018

Dr. Max Bonilla

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA POR LO QUE AUTORIZO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO, LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA POR UN PERIODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN.

Stalin Asimbaya

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a Dios y a mis padres, quienes me han guiado por el buen camino, desde pequeño me han enseñado buenos valores y el respeto, sus consejos me han ayudado a crecer como persona y poder tomar mis propias decisiones. Su apoyo incondicional ha sido fundamental para mi desarrollo personal, intelectual, y económico, llegando a culminar una meta más en mi vida personal.

Stalin Asimbaya

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1 CAPÍTULO I: METODOLOGÍA.....	6
1.1 Tipo de Estudio	6
1.2 Población y Muestra	6
1.3 Variables de Estudio	6
1.4 Análisis de datos	7
Fuente de datos	7
1.5 Limitaciones	7
1.6 Producción del material	7
1.6.1 Obtención de Jarabe de Jengibre	7
1.6.2 Extracción por Método de Maceración:.....	10
1.6.3 Preparación de la Formulación	10
1.7 Dosificación	14
1.8 Contraindicaciones	14
2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 El jengibre	15
2.2 Propiedades terapéuticas del jengibre.....	15
2.3 Qué es el resfriado Común	17
2.4 Signos y síntomas del resfriado común	17
3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	18
3.1 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta inicial	18
3.2 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta final	25
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS	30

ANEXO I: HISTORIA CLINICA.....	31
ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO	32
ANEXO III: ENCUESTA INICIAL.....	33
ANEXO IV: ENCUESTA FINAL.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Lavado de Jengibre.....	8
Figura N° 2. Desechado.....	8
Figura N° 3. Desechado en porciones.....	9
Figura N° 4. Molido de jengibre.....	9
Figura N° 5. Maceración de jengibre.....	10
Figura N° 6 Maceración de jengibre.....	11
Figura N° 7. Mezcla de agua destilada, miel y bicarbonato de sodio.....	11
Figura N° 8 Filtrar la tintura.....	12
Figura N° 9 Añadir tintura de jengibre.....	12
Figura N° 10. Envasado en recipiente.....	13
Figura N° 11. Producto para refrigeración.....	13
Figura N° 12. Pacientes por género.....	18
Figura N° 13. Pacientes por edad.....	19
Figura N° 14. Pacientes por síntomas.....	20
Figura N° 15. Pacientes por días de afectación.....	21
Figura N° 16. Pacientes por tipo de secreción.....	22
Figura N° 17. Pacientes por tipo de tos.....	23
Figura N° 18. Estado general de los pacientes al inicio.....	24
Figura N° 19. Pacientes por síntoma al final.....	25
Figura N° 20. Estado general de los pacientes al final.....	26

INTRODUCCIÓN

El resfriado común es una patología muy frecuente en la población, la misma que presenta varios síntomas como: congestión nasal, estornudo, tos, dolor de cabeza, malestar, debilidad general, etc., siendo una de las principales causas de inasistencia laboral y escolar. Específicamente en la ciudad de Quito, los cambios drásticos de temperatura se convierten en razones para que la población sea propensa a enfermarse. Otra dificultad es que el ecuatoriano tiene tendencia a automedicarse.

El virus de la gripe es altamente contagioso y se transmite fácilmente por medio de la tos, estornudos o el simple contacto con personas y objetos afectados. (Goberna, 2012)

Sus síntomas aparecen durante los dos primeros días de contagio, siendo generalmente el primero en aparecer dolor e irritación de la garganta este virus se desarrolla en ocho días, luego de los cuales muere totalmente pero puede llegar a manifestarse durante dos semanas o más, (Bermejo, 2010).

Esta investigación tiene como propósito la aplicación terapéutica del jarabe de jengibre en pacientes con resfriado común. Tomando en cuenta que en algún momento de la vida, todos padecen de un resfriado, se ha considerado necesario este estudio para servir como fuente de información para todas las personas que han encontrado en los remedios naturales la base para la recuperación y prevención de enfermedades.

La eficacia del jengibre en la medicina natural ha sido demostrada con diversas investigaciones científicas (Diario Opinión, 2014) donde se dice que ésta planta posee un efecto terapéutico basándose sobre estudios de la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y la Coordinación Científica Europea en Fitoterapia en la cual se la reconoce por sus múltiples virtudes (Diario Opinión, 2014) como su capacidad antiinflamatoria, diaforética y narcótica (OMS, 2015).

El presente proyecto trata acerca del tratamiento del resfriado común con jarabe de jengibre, considerando que, en la actualidad se ha generado una mayor incidencia de esta patología debido a una resistencia a los medicamentos ingeridos y sus efectos secundarios. A pesar de que se lo podría prevenir con lavado de manos con frecuencia para evitar la propagación, emplear desinfectante de manos, evitar toser al aire usando pañuelos, por el contrario se utilizan antivirales que empeoran los cuadros respiratorios que tienden a agravarse.

El objetivo general del presente proyecto es comprobar la efectividad del uso de jarabe de jengibre para resfriado común, enfocándose en pacientes de entre 14 y 30 años.

Mientras que como objetivos específicos se plantea comprobar los efectos curativos del jarabe de jengibre como un producto terapéutico y natural, así también establecer el efecto terapéutico del jarabe de jengibre administrado por tres semanas (una cucharadita diaria) a 30 pacientes entre 14 a 88 años de edad para aliviar los síntomas del resfriado común.

Para el presente estudio se ha tomado en consideración aquellas investigaciones sobre efectos terapéuticos del jengibre en sus distintas presentaciones; tomando en cuenta, además, la alta incidencia que existe en la población que presenta cuadros de resfriado común a causa de los cambios de temperatura por factores climáticos en nuestro entorno, la exposición a factores externos como la contaminación automotriz, malos hábitos alimenticios, etc. Se puede

apreciar un alto porcentaje de personas, tanto adultas como niños, que padecen en mayor o menor medida de resfriados. Además se ha considerado la facilidad de adquisición de esta planta y el bajo costo que este representa comercialmente, lo que lo convierte en un remedio natural de alta accesibilidad en la población con resultados eficaces e inmediatos.

La investigación se apoya en el numeral 0917: "*Medicina y terapia tradicional y complementaria*", de los campos de educación y capacitación 2013 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), puesto que la fitoterapia es considerada como una terapia complementaria. Así también, se basa en las líneas de investigación Salud y Terapias Naturales, con su sublínea: "*Salud: Terapéutica innovadora*", del Instituto Tecnológico Superior Esculapio (Instituto Tecnológico Superior Esculapio, s.f.), debido a que se está tratando un problema de salud con una planta en un procedimiento nuevo. Mientras que desde la visión del Plan Nacional del Buen Vivir, de enmarca en el eje 1: "*Derechos para todos durante toda la vida*", objetivo 1: "*Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas*", ya que al cuidar de manera natural la salud, y ayudar a la mejora de los síntomas del resfriado común se contribuye a mejorar su calidad de vida.

Este estudio pretende recuperar el conocimiento ancestral del uso del jengibre a manera de jarabe para facilitar el alivio de los síntomas del resfriado común, entendiendo que la mayoría de la población ecuatoriana ha atravesado o se encuentra con resfriado a causa de factores como el cambio constante de clima, consumo de alimentos excesivamente fríos, bajas defensas en el organismo, entre otras situaciones que hacen necesario indagar sobre las propiedades curativas de productos naturales como el jengibre.

La hipótesis o pregunta de la investigación es: ¿La utilización del jarabe de jengibre puede aliviar los síntomas del resfriado común?

CAPÍTULO I: METODOLOGÍA

1.1 Tipo de Estudio

Para este estudio se toma en cuenta un enfoque cualitativo y cuantitativo en donde se evidencia el uso y beneficio que tiene el jarabe de jengibre en el tratamiento del resfriado común.

1.2 Población y Muestra

Para procesar los datos se realizan dos encuestas a 30 pacientes, hombres y mujeres comprendidos entre 14 y 88 años de la provincia de Pichincha que padezcan cuadros de resfriado común.

Asimismo, a través de un trabajo de campo a 30 pacientes, se puede determinar por medio del seguimiento registrado en las historias clínicas, los síntomas y resultados del tratamiento con la ingesta de jarabe de jengibre, permitiendo cumplir los objetivos específicos que se plantean en este estudio.

1.3 Variables de Estudio

Variable Independiente:

Jarabe de jengibre:

El uso del jarabe de jengibre mejora las condiciones de salud de personas con resfriado común, gracias a sus cualidades expectorantes (Clarín, 2012) Además, según los pacientes encuestados la mayoría están de acuerdo con utilizar productos naturales en lugar de farmacológicos, por lo que acceden a formar parte del paciente estudio.

Variable dependiente:

Resfriado común:

Es una infección contagiosa de origen viral que afecta en especial a las vías respiratorias superiores, la mayor parte de personas la padecen presentan síntomas como dolor de cabeza, debilidad, congestión nasal abundante, entre otros. (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2014)

1.4 Análisis de datos

La selección de pacientes entre 14 y 88 años. La información recolectada fue ingresada en una base de datos, los datos fueron analizados e interpretados, las únicas personas que tuvieron acceso a mencionada información fueron: el estudiante y el tutor de tesis. Además se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los pacientes que accedían a participar en el estudio.

Fuente de datos: primaria

1.5 Limitaciones

También puede ser que el paciente no se someta a todos los procesos que se piden para que el tratamiento de resultados positivos, por lo que no hay certeza de que continúen y finalicen con el tratamiento prescrito.

1.6 Producción del material

1.6.1 Obtención de la tintura de Jengibre

Preparación del Material Vegetal:

1.-Lavar 200 g de rizoma de jengibre con agua y vinagre para desinfectar.

(Figura N° 1)

2.- Fraccionar y desecar el material vegetal previamente seleccionado sin exponer al sol. (Figura N° 2)

3.-Una vez desecado el material vegetal fraccionado en porciones, se preparando para su trituración y molido. (Figura N° 3 y 4)

Figura N° 1. Lavado de Jengibre



Stalin Asimbaya (2018) *Lavado de jengibre*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

Figura N° 2. Desechado



Stalin Asimbaya (2018) *Desechado de jengibre*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

Figura N° 3. Desechado en porciones



Stalin Asimbaya (2018) *Desechado en porciones*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

Figura N° 4. Molido de jengibre



Stalin Asimbaya (2018) *Molido de jengibre*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

1.6.2 Extracción por Método de Maceración:

El material vegetal previamente molido se deja reposar durante 15 días en una solución de 500ml de alcohol etílico a 62 grados, en recipiente adecuado de color vidrio ámbar. Luego de transcurrido ese tiempo se procede al filtrado y se obtiene la tintura para adicionar a la preparación del jarabe. (Figura N° 5)

Figura N° 5. Maceración de jengibre



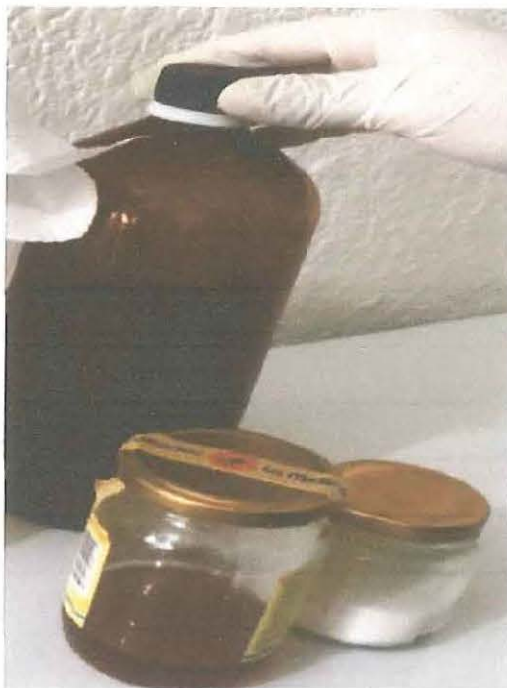
Stalin Asimbaya 2018 *Maceración de jengibre*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

1.6.3 Preparación de la Formulación del jarabe

El procedimiento de elaboración de jarabe de jengibre está constituido por los siguientes pasos:

1. Mezclar 10 g de miel, 10 g de bicarbonato de sodio, 100 ml de agua destilada (mezcla A).

Figura N° 6 Maceración de jengibre



Stalin Asimbaya 2018 Maceración de jengibre, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre

Figura N° 7. Mezcla de agua destilada, miel y bicarbonato de sodio



Stalin Asimbaya (2018) *Mezcla de agua destilada, miel y bicarbonato de sodio*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

2.- Verter la tintura en un recipiente, a través de un colador.

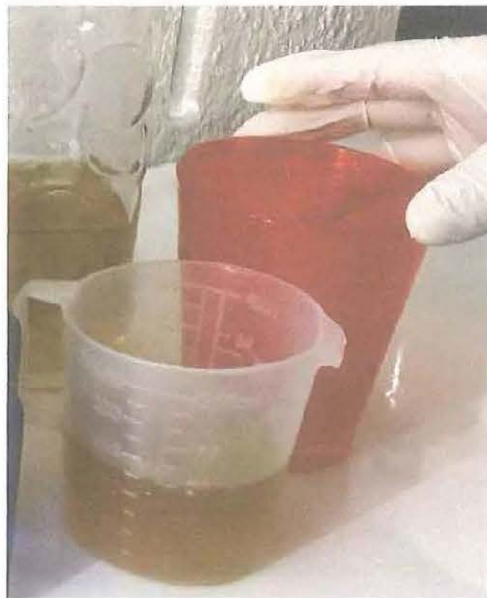
Figura N° 8 Filtrar la tintura



Stalin Asimbaya (2018) *filtrar la tintura*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

3.- Añadir 15 ml de tintura de jengibre a 60ml de la mezcla A y homogenizar.

Figura N° 9 Añadir tintura de jengibre



Stalin Asimbaya (2018) *añadir tintura de jengibre*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre

Figura N° 10. Envasado en recipiente



Stalin Asimbaya (2018) *Envasado en recipiente*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

- 4.- Envasado del jarabe en frasco de vidrio oscuro (ámbar, azul) cuya capacidad es de 50 ml.
- 5.- Refrigeración del jarabe para su uso

Figura N° 11. Producto para refrigeración



Stalin Asimbaya (2018) *Producto para refrigeración*, gráfico elaborado en base al proceso de realización del jarabe de jengibre.

1.7 Dosificación

El jarabe de jengibre debe ser suministrado vial oral con una dosificación de una cucharadita diaria en la mañana, por el lapso de 15 días. (Berumen, 2016).

1.8 Contraindicaciones

Se debe evitar el consumo del jarabe de jengibre cuando se toma anticoagulantes, durante el embarazo, problemas de hipertensión, diabetes, bajo peso, hemofilia, problemas del corazón. (Mejor con Salud, 2017)

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 El jengibre

El jengibre (*Zingiber officinale*) es una especie medicinal, aromática y condimentaria que se cultiva principalmente en regiones tropicales y subtropicales del mundo. Por tratarse de una especie de propagación vegetativa, su variabilidad genética tiende a ser baja. (Zambrano, 2015).

El jengibre es una especie diploide ($2n=22$) que se conoce botánicamente como *Zingiber officinale* Roscoe (Ravindran & Babu, 2005) y que se destaca por su importancia medicinal, aromática y condimentaria en muchas partes del mundo. Diferentes informaciones sobre su origen y domesticación revelan que las distintas especies del género *Zingiber* son originarias del Sudeste asiático y desde ahí se dispersaron por las regiones tropicales y subtropicales del mundo. (Kizhakkayil & Sasikumar, 2010)

2.2 Propiedades terapéuticas del jengibre

Principales constituyentes.- El rizoma contiene fenoles y cetonas aromáticas conocidas como gingeroles. Oleorecina del rizoma contiene α -zingiribeno, gingeroles y shogaoles. Los principales componentes son el zingiribeno y el sesquifelandreno. Se ha detectado la presencia de saponinas, flavonoides y alcaloides. (Astudillo, 2011)

El término saponina se deriva de la palabra latina *sapo*, que significa "jabón", lo que refleja su disposición para formar espumas estables parecidas al jabón en soluciones acuosas. El rol biológico de las saponinas es considerado como parte del sistema de defensa de las plantas contra patógenos y herbívoros, especialmente debido a su sabor amargo. Las numerosas actividades biológicas asociadas a las saponinas incluyen efectos antiinflamatorios, anticancerígenos, antibacteriales, antifúngicos, y antivirales. (Troisi, y otros, 2014)

Los flavonoides son pigmentos naturales presentes en los vegetales y que protegen al organismo del daño producido por agentes oxidantes, como los rayos ultravioletas, la polución ambiental, sustancias químicas presentes en los alimentos, etc. El organismo humano no puede producir estas sustancias químicas protectoras, por lo que deben obtenerse mediante la alimentación o en forma de suplementos. Los flavonoides contienen en su estructura química un número variable de grupos hidroxilo fenólicos y excelentes propiedades de quelación del hierro y otros metales de transición, lo que les confiere una gran capacidad antioxidante. (Martínez-Flórez, González-Gallego, Culebras, & Tuñón, 2002)

Los alcaloides son moléculas de origen vegetal, aunque existen protoalcaloides de origen animal. Se caracterizan por su estructura molecular compleja a base de átomos de carbón, hidrógeno, nitrógeno y oxígeno. Hay aproximadamente 5000 alcaloides diferentes, y todos son de naturaleza alcalina (tienen un sabor amargo), de ahí su nombre. Cumplen diversas funciones en las plantas, como defensas naturales contra animales y hongos, y suelen producir efectos fisiológicos en los animales. La mayoría de plantas medicinales, tóxicas y alucinógenas deben sus efectos a la actividad biológica de los alcaloides. Según la dosis, y la duración del tratamiento, sus usos pueden ser desde analgésicos, anestésicos, curativos o psicotrópicos, hasta producir la muerte (empleados como pesticidas, insecticidas o armas criminales), y/o producir adicciones leves o graves.

Generalmente actúan sobre el sistema nervioso central (SNC), si bien algunos afectan al sistema nervioso parasimpático y otras al sistema nervioso simpático. (Pacheco, 2013)

Propiedades terapéuticas del jengibre.- El rizoma del jengibre se ha utilizado para para tratar desórdenes gastrointestinales, para combatir el reumatismo,

como diaforético, carminativo, sialagogo, estomáquico, antiemético y antiespasmódico. Se lo ha utilizado además para tratar diarreas, dispepsias, tos, resfriados y falta de apetito. El consumo habitual de jengibre es muy útil y beneficioso para reducir la inflamación en cualquier parte de nuestro organismo: desde el colon, las encías a las articulaciones, y se usa con éxito para artritis reumatoide, osteoartritis, etc., debido a los componentes con acción antiinflamatoria que posee, como por ejemplo los *gingeroles*, la *capsaicina* o la *curcumina*. (Dolukhanian, 2011)

2.3 Qué es el resfriado Común

El resfriado común es una infección contagiosa de origen viral que afecta las vías respiratorias superiores. Por lo general es inofensivo, aunque podría no sentirse como tal. (Mayo Clinic, 2011)

2.4 Signos y síntomas del resfriado común

El resfriado común en la mayoría de los casos causa rinorrea o secreción nasal, congestión nasal y estornudo. Asimismo, es posible que se presente dolor de garganta, tos, dolor de cabeza u otros síntomas. (Medicine Plus, 2011)

Los síntomas de un resfriado común generalmente aparecen de uno a tres días posteriores a la exposición al virus que causa el resfriado. (Mayo Clinic, 2011). Los signos y síntomas, que pueden variar dependiendo de cada persona, podrían incluir:

- Esgurrimiento o congestión nasal
- Dolor de garganta
- Tos
- Dolor corporal o dolor de cabeza leves
- Fiebre de bajo grado
- Sentirte mal en general (malestar). (Mayo Clinic, 2011)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta inicial

De acuerdo a las variables consideradas, se presentan a continuación los datos que muestran la distribución de los pacientes según sus características.

Tabla 1 Distribución de los pacientes según el género

GÉNERO	FRECUENCIA (%)
Femenino	19 (63)
Masculino	11 (37)
TOTAL	30 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según el género*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 12. Pacientes por género



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según el género*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

Se observa en la tabla 1, que según el género se tiene una marcada prevalencia de mujeres (63%) que hombres (37%). Lo que indica que la tendencia en los datos de las distintas encuestas la marcan las mujeres.

Tabla 2 Distribución de los pacientes según la edad

EDAD	FRECUENCIA (%)
14 a 20 años	1 (3)
21 a 30 años	6 (20)
31 a 40 años	6 (20)
41 a 50 años	11 (37)
Más de 51 años	6 (20)
TOTAL	30 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según la edad*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 13. Pacientes por edad



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según la edad*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

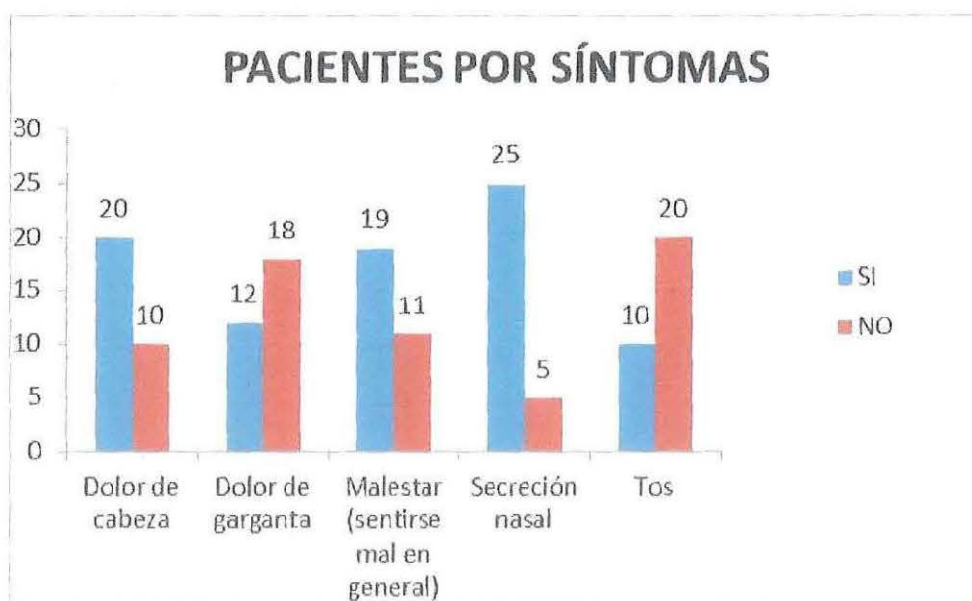
Con respecto a la edad se puede apreciar en la tabla 2, que la mayoría de los pacientes están en un rango de edad de 21 a 50 años. Lo que muestra que se trabaja con personas jóvenes y no se consideran niños.

Tabla 3 Distribución de los pacientes según los síntomas

SÍNTOMAS	FRECUENCIA (%)	
	SI	NO
Dolor de cabeza	20 (67)	10 (33)
Dolor de garganta	12 (40)	18 (60)
Malestar (sentirse mal en general)	19 (63)	11 (37)
Secreción nasal	25 (83)	5 (17)
Tos	10 (33)	20 (67)
TOTAL	30 (100)	30 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según los síntomas*,
 Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 14. Pacientes por síntomas



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según los síntomas*,
 Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 3, se observa que en lo referente a síntomas la secreción nasal es la que mayor presencia existe en los pacientes con un 83% y en menor medida el dolor de cabeza con 67%. Mientras que el síntoma que en menor grado aparece es la tos con 33%.

Tabla 4 Distribución de los pacientes por días de afectación

DIAS	FRECUENCIA (%)
1	1 (3)
2 a 5	15 (50)
Más de 6	14 (47)
TOTAL	30 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por días de afectación*,
Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 15. Pacientes por días de afectación



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por días afectación*,
Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 4, se observa que los pacientes tienen más de dos días de afectación con 50% y con más de 6 días el 47%, teniendo en general un 97% de personas con más de 1 día de afectación del resfriado común. Lo que muestra que la enfermedad ya está en etapa de desarrollo.

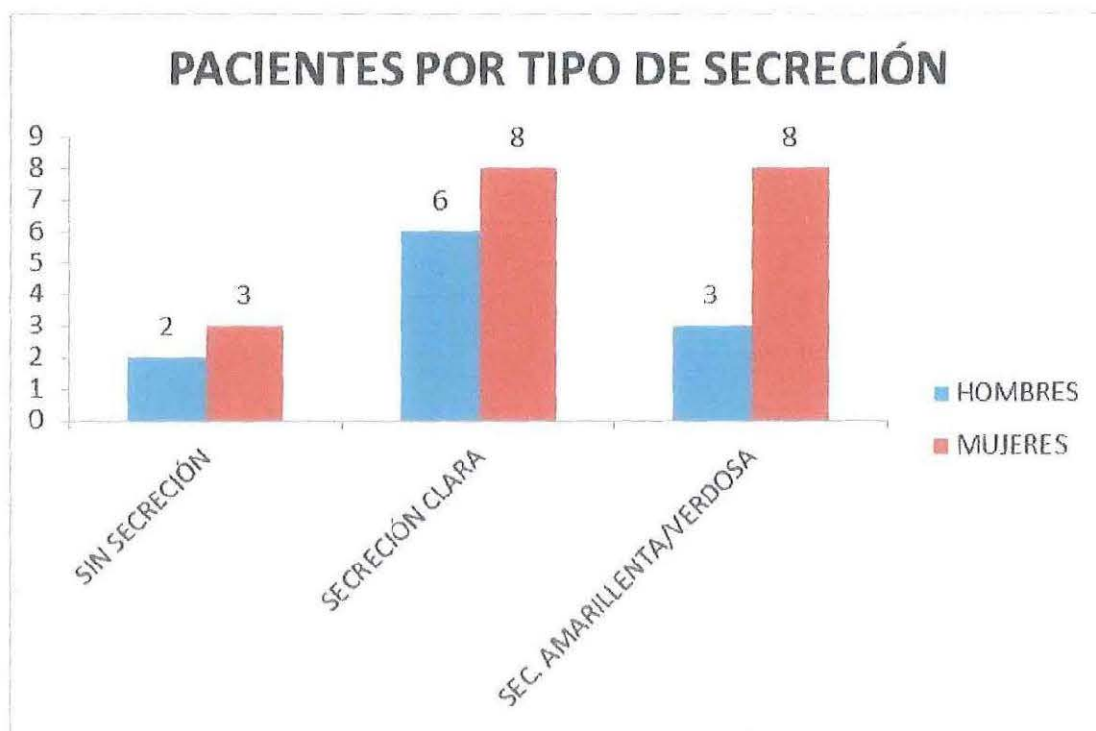
Tabla 5 Distribución de los pacientes por tipo de secreción

PACIENTES	FRECUENCIA (%)		
	NO	CLARA	AMARILLENTA/VERDOSA
HOMBRES	2 (18)	6 (55)	3 (27)
MUJERES	3 (16)	8 (42)	8 (42)
TOTAL	5 (17)	14 (47)	11 (37)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por tipo de secreción,*

Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 16. Pacientes por tipo de secreción



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por tipo de secreción,*

Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

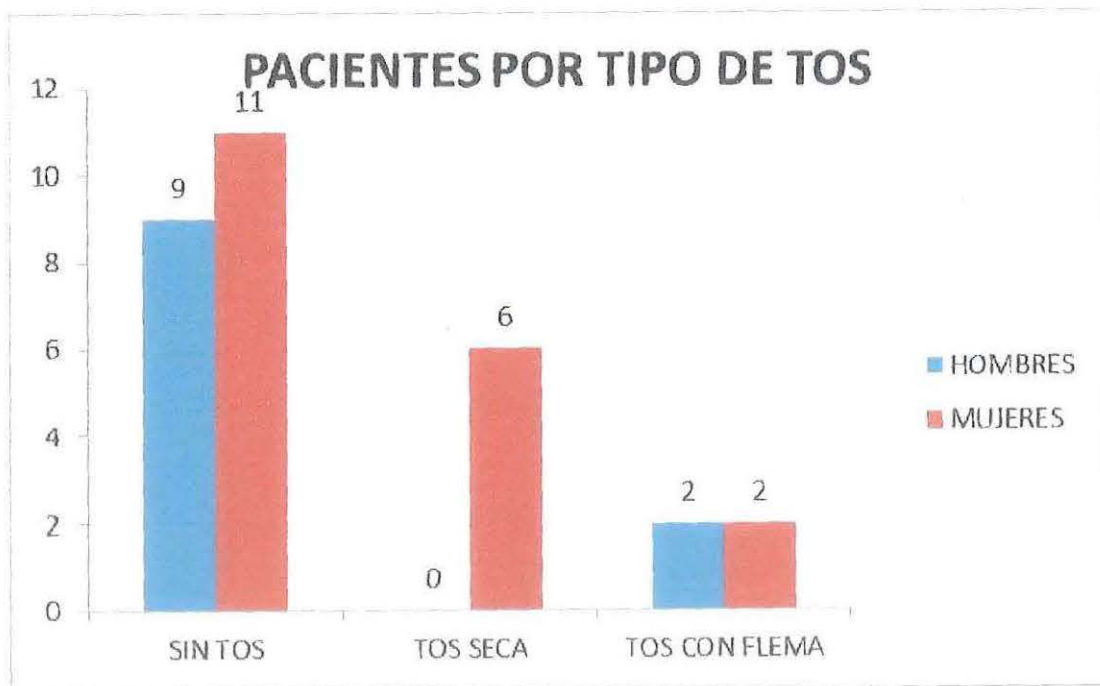
En la tabla 5, se observa que existe un 84% de pacientes con secreción nasal, siendo la de color amarillenta/verdosa con 47% la de mayor presencia. Como se dio anteriormente la enfermedad está en etapa de desarrollo.

Tabla 6 Distribución de los pacientes por tipo de tos

PACIENTES	FRECUENCIA (%)		
	NO	SECA	CON FLEMA
HOMBRES	9 (82)	0 (0)	2 (18)
MUJERES	11 (58)	6 (32)	2 (11)
TOTAL	20 (67)	6 (20)	4 (13)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por tipo de tos*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 17. Pacientes por tipo de tos



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por tipo de tos*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

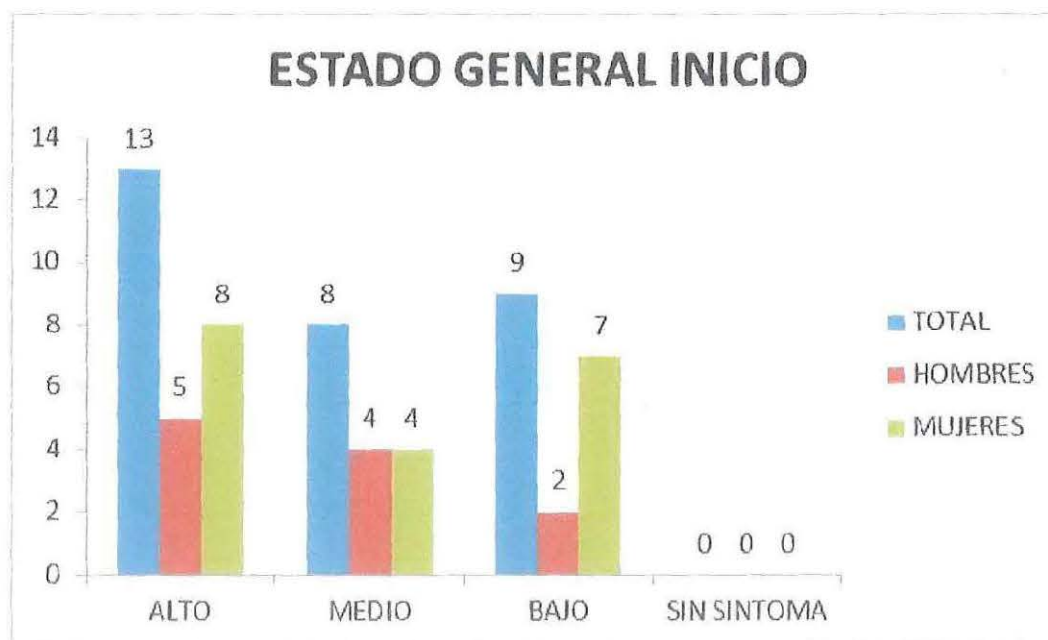
En la tabla 6, se observa que la tos es un síntoma que no existe en la mayoría de pacientes, solamente el 33% presentan tos seca o con flema.

Tabla 7 Distribución de los pacientes por estado general al inicio

ESTADO GENERAL	FRECUENCIA (%)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ALTO	13 (43)	5 (46)	8 (42)
MEDIO	8 (27)	4 (36)	4 (21)
BAJO	9 (30)	2 (18)	7 (37)
SIN SÍNTOMA	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	30 (100)	11 (100)	19 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por estado general al inicio*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 18. Estado general de los pacientes al inicio



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por estado general al inicio*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 7, se aprecia que el estado general de los pacientes entre "alto" y "medio" en un 43%, con una mayor prevalencia en las mujeres con 42%. Lo que refleja que el resfriado común afecta significativamente el estado general de los pacientes.

3.2 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta final

Al finalizar el tratamiento se recopilan datos que se describen en las siguientes tablas.

Tabla 8 Distribución de los pacientes según los síntomas al final

SINTOMAS	FRECUENCIA (%)	
	SI	NO
Dolor de cabeza	3 (10)	27 (90)
Dolor de garganta	2 (7)	28 (93)
Malestar (sentirse mal en general)	4 (13)	26 (87)
Secreción nasal	1 (3)	29 (97)
Tos	3 (10)	27 (90)
TOTAL	30 (100)	30 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes según los síntomas al final*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura N° 19. Pacientes por síntoma al final



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por estado general al final*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 8, se observa que en todos los síntomas presentes al inicio del tratamiento existe una mejora del 91% en promedio, donde la secreción nasal que era la molestia de mayor prevalencia existe una disminución del 80%.

Tabla 9 Distribución de los pacientes por estado general al final

ESTADO GENERAL	FRECUENCIA (%)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
MEDIO	4 (13)	1 (9)	3 (16)
BAJO	10 (33)	3 (27)	7 (37)
SIN SINTOMA	16 (54)	7 (64)	9 (47)
TOTAL	30 (100)	11 (100)	19 (100)

Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por estado general al final*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 9, se observa que los pacientes que no presentan síntoma al final del tratamiento representan el 54%, mientras que en estado general "alto" no existen pacientes.

Figura N° 20. Estado general de los pacientes al final



Stalin Asimbaya (2018) *Distribución de los pacientes por estado general al final*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

CONCLUSIONES

Al administrar el jarabe de jengibre a pacientes que padecen resfriado común se tiene una mejora del 91%,

El tiempo considerado de tres semanas de tratamiento y la dosificación de una cucharadita de jarabe fue adecuado para lograr disminuir los síntomas del resfriado común como; dolor de cabeza, malestar, tos, secreción nasal, etc., donde la secreción nasal fue la que mayor disminución con 80%.

El malestar o estado general se clasificó en cuatro clases: alto, medio, bajo y sin síntomas, al finalizar el tratamiento hubo una mejora generalizada en el malestar, al inicio de la investigación se tenía un 43% de pacientes en la clase "malestar alto", mientras que concluido el procedimiento no existen personas en esta condición. De la misma manera al inicio del proceso no existían pacientes en la clase "sin síntomas", mientras que al finalizar el 54% de los participantes ya no presentaban molestias, con lo que se comprueba que el jarabe de jengibre fue efectivo para controlar el resfriado común.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Astudillo, M. (2011). *www.ecoagricultor.com*. Obtenido de <https://www.ecoagricultor.com/jengibre-propiedades-beneficios-salud/>

Bermejo, S. J. (2010). *Revista Mexicana de Coloproctología*. México.

Berumen, S. (31 de 08 de 2016). Centro de enseñanza técnica industrial. *Desarrollo de un jarabe naturista a base de zingibre officinale (jengibre) util en el tratamiento de toxoplasmosis y otras parasitosis*. Guadalajara, Zona metropolitana de Guadalajara, México: Protocolo final jarabe de jengibre titulación.

Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. (2014). *Resfriado Común*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000678.htm>

Bienestar fitness. (2018). Beneficios del jengibre. *Bienestar Fitness*, s.f. Obtenido de <https://www.bienestarfitness.com/nutricion/beneficios-del-jengibre/>

Clarín. (2012). *Medicina alopática y medicina alternativa: ¿opuestas o complementarias?* Obtenido de <http://www.drjorgealonso.com.ar/Medios/Salud.pdf>

Dolukhanian, M. (2011). El jengibre: historia, propiedades y usos. *Esencia de la Medicina Tradicional China*, s.f.

Goberna, M. (2012). *Evaluación del dolor*. Obtenido de http://escolasaude.sergas.es/Docs/EGSPC/pilula/02_evaluacion/index.html#lc_es_p1

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Informe de salud*. Quito.

Kizhakkayil, J., & Sasikumar, B. (2010). *Genetic diversity analysis of ginger*.

Martínez-Flórez, S., González-Gallego, J., Culebras, J., & Tuñón, M. (2002). Los flavonoides: propiedades y acciones antioxidantes. *Nutrición Hospitalaria*, 271-272.

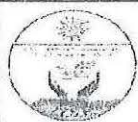
Mayo Clinic. (2011). *Resfriado Común*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/common-cold/symptoms-causes/syc-20351605>

Medicine Plus. (2011). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000678.htm>

- Mejor con Salud. (2017). Siete contraindicaciones del Jengibre. *Mejor con Salud*, n.f. Obtenido de <https://mejorconsalud.com/7-contraindicaciones-del-jengibre/>
- mejorconsalud.com. (2011). Obtenido de <https://mejorconsalud.com/dos-remedios-con-aloe-vera-para-aliviar-las-hemorroides/>
- Mendoza, M. V. (2004). Aloe Vera. 1. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Ok Diario. (18 de 12 de 2015). Salud. *Cuales son los mejores antibioticos naturales*, pág. s.f.
- Pacheco, R. (2013). Los alcaloides (Quimico Farmacéutico). Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca.
- Ravindran, & Babu, N. (2005). *Botany and Crop Improvement of Ginger*. Quito.
- Sampieri, E. (2012). *Metodología de la Investigación*. México.
- Schwizer, M. (2011). *Gelatine Manufactures Europe*. Obtenido de <http://www.gelatine.org/es/aplicaciones/industria-farmaceutica.html>
- Troisi, J., Di Fiore, R., Pulvento, C., D'Andria, R., Vega-Galvez, A., Miranda, M., . . . Lavini, A. (2014). Saponinas. En D. Bezile, D. Bertero, & C. Nieto, *Estado del arte de la quinua en el mundo en 2013* (págs. 313-314). Santiago de Chile: FAO Y CIRAD.
- Zambrano, E. (2015). *Diversidad genética del jengibre (Zingiber officinale Roscoe.)Avances de la última década**. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v11n2/v11n2a13.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: HISTORIA CLINICA



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN																		
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres											
25-06-2018																		
Edad	Sexo	Raza			Estado Civil			Instrucción	Profesión									
38	M	MESTIZO			S			SECUNDARIA	COMERCIAL									
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual										
TELÓPIAS		Santo Domingo (Jazmín)			12-01-1980			Santo Domingo										
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono									
			CRISTIANO		AV. PÉREZ CARRETERA Y CARRETERA													
Referencia familiar							Teléfono											
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
RESFRÍADO CON VRS																		
3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Poco saludable																	
Niñez																		
Adolescencia																		
Adulto Joven	Desde los 20 años 3 Partos normales																	
Adulto Mayor																		
AGO																		
Menarquia	13	FUM		G	3	P	3	A	-	C	-	HV	3	HM	-	PF	normal	CYCLOS
Menopausia	Características del período menstrual																	
	irregular																	
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. EMENTA	7. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO										
4. ENFERMEDAD ACTUAL																		
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																		
1. Fecha aparente de comienzo	HACE 2 días																	
2. Fecha real de comienzo	2 días																	
3. Forma de comienzo	Los seca																	
4. Causa aparente	Injuria de los labios																	
5. Síntomas acompañantes	sequedad, irritación (C) de los labios.																	
6. Evolución	decaimiento del tejido.																	
7. Relación con los tratamientos	Sin temor hasta																	
8. Estado actual	Restratación por sequedad normal.																	

Paciente refiere que en la tercera semana tuvo mejoría después de haberse suministrado jarabe de jengibre con una mejoría gradual de un 60% desde que comenzó a consumir el producto

P2



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
25-06-2018						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
51	M / F	Mestizo	S / C	D / V	U.L.	Escuela de Terapias Naturales
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual	
Empleado profesional		Tumbilla		20-05-1967	Salvador	
Residencia Ocasional		Religión	Dirección		Teléfono	
		católica	Av. General Benítez Regional "Cumbi" 13000		0960-73598	
Referencia familiar					Teléfono	

2. MOTIVO DE CONSULTA

Resaca

3. ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	Parto Normal
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	43 años. Operación de los riñones.
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	FF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 4 DIAS
2. Fecha real de comienzo	HACE 4 DIAS
3. Forma de comienzo	POLEO DE CABEZA
4. Causa aparente	FUJITO FRIO
5. Síntomas acompañantes	INCREMTO DE PESO, SECA, DOLOR CLAVO
6. Evolución	DOLOR DE PIERNAS
7. Relación con los tratamientos	TRATADO PARTICIPALES
8. Estado actual	RESACA

El paciente refiere que luego de la primera semana comenzó a sentir náusea, no ha ingerido gradualmente por el frío, a la tercera semana con esta sensación

P3

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIO											
I.S.Y.F.											
Registro SENESCYT No. 17-061											
Escuela de Posgrados de Terapias Naturales											
FICHA MÉDICA											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
Fecha de ingreso		Apellidos				Nombres					
11-06-2018		S. S. S. S. S. S.				P. P. P. P. P. P.					
Edad	Sexo	Peso		Estado Civil			Instrucción		Profesión		
58	M	145,120		S			Superior		COTIDIANO		
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento			Residencia habitual			
CONSULTANTE		TAMB. No.			18-03-1960			Socofon			
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono		
					AV 6000 RUMIRAHUI Y 10 DE DICIEMBRE						
Referencia familiar		Referencia familiar						Teléfono			
2. MOTIVO DE CONSULTA <i>Responde con astenias y recesión motol</i>											
3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Industria											
Niñez											
Adolescencia											
Adulto Joven <i>Operación de la Vesícula a los 10 años</i> <i>Operación de la vejiga a los 12 años</i> <i>Operación Casaria 18 años 2da 24 años 3ra 31 años</i>											
Adulto Mayor											
AGC											
Menarquia		EUM		G 3		P 3		A 1		C 1	
Menopausia		Características del período menstrual									
4. ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. GONORRÉA	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. GONORR.	7. INFECT.	8. MALARI.	9. OJOS	10. OJOS	11. OJOS	12. OJOS
<i>Padre problemas de corazón</i>											
5. ENFERMEDAD ACTUAL											
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA											
1. Fecha aparente de comienzo		<i>hace 6 días</i>									
2. Fecha real de comienzo		<i>hace 4 días</i>									
3. Forma de comienzo		<i>con dolor del cuerpo</i>									
4. Causa aparente		<i>porque se mojó</i>									
5. Síntomas acompañantes		<i>dolor de cabeza, fatiga</i>									
6. Evolución		<i>flexión astenida</i>									
7. Relación con los tratamientos		<i>ninguno</i>									
8. Estado actual		<i>con mucha astenia motol. verde.</i>									

Paciente refiere que no habito fiebre durante el proceso gripal, luego de una semana comienza a sentir mejoría, apuntado con la recesión motol con un 60% de mejoría a la Tona del juicio de jugoska

P4



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.
Registro SENESCYT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN												
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres					
25-06-2018		[Handwritten]					[Handwritten]					
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión					
47	M / F	MESTIZA	S	C	D / V	U.L.	SECUNDARIA	[Handwritten]				
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento	Residencia habitual						
[Handwritten]		CÉTRIO			06-11-1971	SARACOLAN						
Residencia Ocasional			Religión	Dirección			Teléfono					
[Handwritten]			CATÓLICA	JU. GRAL. BARRIOBARRI SECC. A. 228 A. 10			228 A. 10					
Referencia familiar							Teléfono					
[Handwritten]												

2 MOTIVO DE CONSULTA

GRIPES

3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	[Handwritten]
Niñez	[Handwritten]
Adolescencia	
Adulto Joven	[Handwritten]
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	[Handwritten]
2. Fecha real de comienzo	[Handwritten]
3. Forma de comienzo	[Handwritten]
4. Causa aparente	[Handwritten]
5. Síntomas acompañantes	[Handwritten]
6. Evolución	[Handwritten]
7. Reacción con los tratamientos	[Handwritten]
8. Estado actual	[Handwritten]


Paciente refiere que luego de 3 días de síntomas los dolores de cabeza, el dolor de garganta persiste por una semana ya así los siguientes síntomas demuestran esta

P3

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO																	
I.S.T.E.																	
Registro SENESCYT No. 17-061																	
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales																	
FICHA MEDICA																	
1. DATOS DE FILIACIÓN																	
Fecha de Ingreso			Apellidos						Nombres								
11-06-2018			MARTINEZ						JOSÉ								
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión										
48	M	MESTIZA	S	C	D	V	U.L.	X	5. Educación	Ocupación							
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual										
COMERCIANTE		EL PASO			1.01.1970		LA COLINA										
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono								
			CATÓLICA		CANTON LA COLINA SECTOR ESPERANZA												
Referencia familiar		M. IRENA (COMERCIANTE (Hija))						Teléfono									
2. MOTIVO DE CONSULTA																	
NESTIADO																	
3. ANTECEDENTES PERSONALES																	
DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																	
Infancia	PARO UOVARIO																
Niñez																	
Adolescencia																	
Adulto Joven	TRES (3) AÑOS CON PARO UOVARIO DESPUES LOS 18 AÑOS																
Adulto Mayor																	
AGO																	
Menarquia	12	FUM	G	3	P	3	A	-	C	-	HV	3	HM	-	PF	PRIMILTS	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual																
	DESDE LOS 40 AÑOS NO HAY MENSTRUAS																
3. ANTECEDENTES FAMILIARES																	
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO									
PARTE DE MADRE DIABETICA																	
4. ENFERMEDAD ACTUAL																	
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																	
1. Fecha aparente de comienzo																	
HACE 5 AÑOS																	
2. Fecha real de comienzo																	
5 DÍAS																	
3. Forma de comienzo																	
AGUDO DE OÍDOS, DOLOR DE CABEZA																	
4. Causa aparente																	
POR EQUINO																	
5. Síntomas acompañantes																	
SECRECIÓN NASAL, DOLOR DE GARGANTA																	
6. Evolución																	
DOLOR DEL CUERPO, DECAIMIENTO																	
7. Relación con los tratamientos																	
MÚLTIPLES TRATAMIENTOS CON TERAPIAS CONVENCIONALES																	
8. Estado actual																	
GRUPO CON SECRECIÓN NASAL CLARA																	

Paciente refiere que han continuado los molestias del proceso gástrico, se continuado en la siguiente semana con vómito de la garganta, se mejorado en 30% en la sensación nasal luego de ingerir el jembé de jengibre

PC


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
01/02/2018		MESTRES				DORIS			
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil				Instrucción	Profesión
46	M	Mestizas		S				Trinitaria	
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
COTECOMTE		RIVERA		31 Julio/1971		MANSAB			
Residencia Ocasional		Religión		Dirección				Teléfono	
		Católica		Barrio La Oveja - Mansab					
Referencia familiar		POSUOL YUNGAN (PADRE)				Teléfono			

2. MOTIVO DE CONSULTA

Respiración

3. ANTECEDENTES PERSONALES **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Padre Normal
Niñez	SPRINTER a los 10 años
Adolescencia	
Adulto Joven	Padre Normal Primer Hijo a los 25 años Embarazo a los 35 años
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	13	FUM		G	I	P	A	-	C	-	HV	I	HM	-	PF	pasillos	CICLOS	
Menopausia		Características del periodo menstrual																

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
Herencia con Diabetes, madre con E.FECIEDO DEL CORAZON Y CÁNCER								

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	hace 5 días
2. Fecha real de comienzo	5 días
3. Forma de comienzo	ARROJA A LA GARGANTA
4. Causa aparente	por cambio de temperatura.
5. Síntomas acompañantes	tos, dolor del cuerpo, secreción nasal líquida
6. Evolución	dolor por el tórax y fiebre
7. Relación con los tratamientos	sin resultados, tomo pastillas
8. Estado actual	permanece con secreción nasal líquida

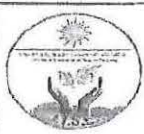
Paciente refiere que se ha mantenido el ardor de la garganta por días sucesivos, sin presencia de flogio, el dolor del cuerpo a ido persistiendo gradualmente, la secreción nasal se ha mantenido hasta la segunda semana ya a la tercera semana a demostado una secreción de...

P7

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO																		
I.S.T.E.																		
Registro SENESCYT No. 17-061																		
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales																		
FICHA MEDICA																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres											
11-06-2018		[Handwritten]					[Handwritten]											
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil					Instrucción		Profesión						
23	M	F	X	Mestiza	S	C	D	V	U.L.	X	[Handwritten]							
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual										
[Handwritten]		Quito			22-12-1994			SARAGURO.										
Residencia Ocaionales			Religión		Dirección					Teléfono								
-			Católica		SARAGURO - CARRIO SAN VICENTE					-								
Referencia familiar		[Handwritten]					Teléfono			-								
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
GRIPE																		
3. ANTECEDENTES PERSONALES																		
DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia		[Handwritten]																
Niñez		-																
Adolescencia		DESDE 16 AÑOS DOLOR DE MIEMBROS																
Adulto Joven		20 AÑOS PRIMER HIJO TRABAJA 6 MESES. DOLOR DEL CINTURO DE 10.000 OMEGAS																
Adulto Mayor		-																
AGO																		
Menarquia	18	FUM	NO	G	1	P	1	A	-	C	-	HV	1	HM	PF	[Handwritten]	CICLOS	-
Menopausia	Características del período menstrual																	
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO	[Handwritten]									
ABUELOS DE PARTE DE PADRE Y MADRE DIABETES																		
4 ENFERMEDAD ACTUAL																		
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																		
1. Fecha aparente de comienzo: NACE 6 DÍAS																		
2. Fecha real de comienzo: 6 DÍAS																		
3. Forma de comienzo: DOLOR DE CABEZA.																		
4. Causa aparente: POR CAÍDAS																		
5. Síntomas acompañantes: SECRECIÓN NASAL, PUS CON LARVA																		
6. Evolución: DEGRADADO, DOLOR DE LOS MIEMBROS.																		
7. Relación con los tratamientos: SIN EFECTIVIDAD CON PUSEMS CASUAL																		
8. Estado actual: RESISTENTE A LOS TRATAMIENTOS CASUAL Y 105 MG ETENA.																		

Paciente refiere que a los 3 días de haber ingresado al servicio de urgencias comenzó a sentir mucha presión al dolor de cabeza, al principio la buscaba de nuevo para una mejoría de un 65% mejoría al tratamiento del servicio de urgencias

98



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-051

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
5/8/07/2018		[Handwritten]				[Handwritten]			
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión	
45	M	MESTIZA	S	C	X	D	V	U.L.	PRIMARIA COSTURERA
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
TRABAJO EN CASA	PERUQUERA		3-02-1972		MANGAS				
Residencia Ocasional	Religión	Dirección				Teléfono			
	CATÓLICA	ALTO DEL SECTOR COCHAPACA				095 503 816			
Referencia familiar	[Handwritten]				Religión	Teléfono			

2. MOTIVO DE CONSULTA

GRIPE

3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	A los 30 años accidente por fricción a auto con fracturas de las costillas y humeros, trauma que dio origen con serosa peritonitis.
Adulto Joven	
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	16	FUM	23 años	G	2	P	1	A	1	C	HV	1	HM	1	PF	1/10 años	CICLOS
Menopausia		Características del periodo menstrual		Muestra poca color 6 meses													

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. F. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
Hermano Nieta. Cáncer x parte de madre; Hermana Diabetes.								

4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 3 DIAS
2. Fecha real de comienzo	3 DIAS
3. Forma de comienzo	CON ESTORNOSOS, RESPIRATORIO
4. Causa aparente	POD. CONF. AGUDO.
5. Síntomas acompañantes	SECRECIÓN NASAL (C) DOLOR DE LAS PIERNAS
6. Evolución	PEQUEÑO DEL ASNO
7. Relación con los tratamientos	NO HA INGERIDO YODAVIA NINGUN FARMACAMENTO.
8. Estado actual	PERMANECE CON SECRECIÓN NASAL.

Paciente refiere que no ha habido presencia de fiebre, los dolores de las piernas se han mantenido por esta semana la secreción nasal a ido mejorando o la secreción nasal disminuyendo, una mejora en la respiración superior de sus vías.

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO																		
I.S.T.E.																		
Registro SENESCYT No. 17-061																		
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales																		
FICHA MÉDICA																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres												
28/05/2018																		
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil				Instrucción	Profesión									
50	M	Mestiza		S				Secundaria	Costurera									
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual											
SE JUBILA DENTISTA		QUITO			11-08-1968		PUENTE I.											
Residencia Ocasional		Religión		Dirección				Teléfono										
		Católica		PUENTE I BARRIO DEL VALLE														
Referencia familiar								Teléfono										
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
PRESIÓN																		
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia																		
Parto Normal																		
Niñez																		
Varicela a los 10 años																		
Adolescencia																		
Adulto Joven																		
A los 30 años le dio una presión																		
Adulto Mayor																		
AGO																		
Menarquia	12	FUM		G	R	P	L	A	-	C	-	PM	2	HM	-	PF	-	CCLOS
Menopausia	33 años	Características del período menstrual																
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. CÁNCER	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. MENTA	7. ENFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO										
DE PARTE DE PADRE 14 DECEDIDO																		
4 ENFERMEDAD ACTUAL																		
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																		
1. Fecha aparente de comienzo																		
Hace 6 días																		
2. Fecha real de comienzo																		
6 días																		
3. Forma de comienzo																		
TOS SÚB																		
4. Causa aparente																		
POR APTO DE TEMPERATURA																		
5. Síntomas acompañantes																		
DOLOR DE CABEZA, HORMIGUEO, SECRECIÓN NASAL VERDE																		
6. Evolución																		
DOLOR AL ESCARPO																		
7. Relación con los tratamientos																		
TOMÓ MEDICINA CASERA CON POCO RESULTADO																		
8. Estado actual																		
PRESIÓN CON SENSIBILIDAD NASAL VERDE																		

Paciente refiere que luego de una semana, mejor la intensidad del dolor de cabeza, o las secreciones nasales, pero los días se manifiesta por sí sola con una tos seca, no los días posteriores persiste con de la segunda semana el dolor en la mejilla y luego logrando el tratamiento con el inicio de una...

110



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCUELAS
I.S.T.E.
Registro SEMESCVT No. 17-061
Escuela de Enseñanza de Terapias Manuales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de ingreso		Apellidos				Nombres				
04/06/2018										
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión			
44	M	MESTIZA	S	/	C	D	V	C.L.	SECUNDARIO	ESTUDIANTE
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento		Residencia habitual			
		JTPUA			01-01-2004					
Residencia Ocasional		Religión		Dirección				Teléfono		
		Católica		Av 6ta y Avenida Contorno de la Zona						
Referencia familiar		papa (Cecilia) y mamá (Carmela)				Teléfono				

2. MOTIVO DE CONSULTA Resfriado

3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO GESTACIONALES

Infancia	patio postal
Niñez	Asma Alergias
Adolescencia	
Adulto Joven	
Adulto Mayor	

ASD

Menarquia	12 M3	TUM	G	P	A	C	IV	HM	PF	GCLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual									

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. ARTERIA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
Tío materno tiene problemas de corazón.								


4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 10 días
2. Fecha real de comienzo	Hace 8 días
3. Forma de comienzo	Con tos seca.
4. Causa aparente	contagio
5. Síntomas acompañantes	dolor de cabeza y estornudo
6. Evolución	Empeorando un día a día
7. Relación con los tratamientos	ninguno.
8. Estado actual	Con mucho estornudo, secreción nasal clara.

Paciente refiere que luego de una semana de resfriado al tercer día de haber empezado al día de seguir a ir a la escuela los molestos como el dolor de cabeza y dolor del estornudo se mejoraron de los a comienzo de la fiebre luego de 5 días, demostrando una mejoría de su febril en la primera semana siguiendo el tratamiento.

PM-1


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
28/05/2018									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
66	M	Mestizo	S	C	X	D	V	U.L.	Primaria
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Obrero constructor		Atungasi		1 de agosto 1951		Atungasi			
Residencia Ocasional		Religión		Dirección			Teléfono		
		católica		Atungasi					
Referencia familiar		Juan Pachá (esposo)				Teléfono			

2. MOTIVO DE CONSULTA

Resaca

3. ANTECEDENTES PERSONALES **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	58 años de edad de diagnóstico / 56 años de edad de diagnóstico 6 años de edad al diagnóstico.
Adulto Mayor	65 años de edad de diagnóstico, hipertensión arterial

AGO

Menarquia	12	FUM	SOPRO	G	4	P	4	A	-	C	-	HIV	+	HIM	-	PF	-	CICLOS	
Menopausia	SOPRO	Características del periodo menstrual																	

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. MERTA	7. E. NFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	hace 7 días
2. Fecha real de comienzo	7 días
3. Forma de comienzo	dolor de huesos, piernas.
4. Causa aparente	por bajar de la noche.
5. Síntomas acompañantes	secreción nasal (V) de color amarillento
6. Evolución	oscilatorio del cuerpo
7. Relación con los tratamientos	sin mejoría de ningún tipo
8. Estado actual	resaca con secreción nasal verde

Paciente refiere al dolor de garganta a las 10:00 pm por una sensación al igual que el dolor de los huesos se mantiene hasta ahora, la sensación nasal a las 10:00 desapareció luego de la segunda semana, demostrando una mejoría a la función sinusal de sus 50% con el tratamiento de gárgaras de gorgoteo.

P12

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO											
I.S.T.E.											
Registro SENESCYT No. 17-061											
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales											
FICHA MEDICA											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
03-06-2018											
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión			
29	M <input checked="" type="checkbox"/> F	MESTIZA	S <input checked="" type="checkbox"/> C	D	V	U.L	SUPERIOR	C.S. (E.T.N)			
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual					
ESTODIADISTA		VILLARCO		23-JUL-1989		TARIBITO					
Residencia Ocasional		Religión	Dirección				Teléfono				
		CATOLICA	TARIBITO "ESPINO EL NEGRO"								
Referencia familiar						Teléfono					
2 MOTIVO DE CONSULTA											
GRIPE											
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Infancia	PARTO NORMAL										
Niñez											
Adolescencia											
Adulto Joven	25 AÑOS (PARCELAR)										
Adulto Mayor											
AGO											
Menarquía	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS		
Menopausia	Características del período menstrual										
3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO			
4 ENFERMEDAD ACTUAL											
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA											
1. Fecha aparente de comienzo HACE 3 DIAS											
2. Fecha real de comienzo HACE 3 DIAS											
3. Forma de comienzo ESTORBUOS CON SUCESOS PUNAL CLAS.											
4. Causa aparente QUE CONTAGIO.											
5. Síntomas acompañantes DOLOR DE CABEZA Y GARGANTA											
6. Evolución SECCION NASAL IZQUIERDA											
7. Relación con los tratamientos NINGUNA											
8. Estado actual RESPONDO CON SECCION NASAL IZQUIERDA											

Paciente refiere que el dolor de cabeza a ido cambiando gradualmente
 desde una semana, a ido desapareciendo el dolor de garganta
 la sección nasal a mejorado a la segunda semana con un
 uso de mucosidad ligeros al tratamiento con el uso de un spray

913



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN																		
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres											
06-06-2018																		
Edad	Sexo		Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión									
27	M	F	X	MESTIZA	S	X	C	D	V	U.L.	Superior	Terapeuta						
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual										
PROFESORA DE DANZA		TACUICHO			25-01-1991			YANAILLO										
Residencia Ocasional			Religión	Dirección				Teléfono										
			CATÓLICA	CARLOS BATA UNIB Y PUERTO				3 680720										
Referencia familiar								Teléfono										
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
RESTANDA																		
3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍMICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	PARTO NORMAL																	
Niñez	SIN PAT. FRECUENTES																	
Adolescencia																		
Adulto Joven	17 AÑOS OPERADA DEL TROCANTER																	
Adulto Mayor																		
AGO																		
Menarquia	13	FUM	20	G	-	P	-	A	-	C	-	HV	-	HM	-	PF	-	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual NORMAL																	
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO										
PODELA DISCORDANCIA									OPERA MENSTRUACIONES									
4. ENFERMEDAD ACTUAL																		
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																		
1. Fecha aparente de comienzo 6 DÍAS 8 DÍAS																		
2. Fecha real de comienzo 8 DÍAS																		
3. Forma de comienzo DOLOR DE LOS OJOS CON LEVE DOLOR DE CABEZA																		
4. Causa aparente CONTAGIO																		
5. Síntomas acompañantes DOLOR DE PIERNAS, PULSOS, SECCIONES NASAL.																		
6. Evolución DOLOR DE LAS PIERNAS																		
7. Relación con los tratamientos POCOS CASOS CON POCO BENEFICIO																		
8. Estado actual RESTANDA CON SECCIONES NASAL VERAS																		

Paciente refiere que luego de 3 días del proceso global a 1to de deteriorando los tejidos del cuerpo, se secaron nasal a 1to de momento que el paciente se ha despedido al lenguaje de boca demostrando una muerte

P14


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
28/03/2019										
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión			
88	M <input checked="" type="checkbox"/> F	MESTIZO	S	C	D	V	U.L.	PRIMARIA		
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
COMISARIO		PISCOPAZA		24 JUNIO 1930		ALUCAS				
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono				
		CATÓLICA	PIANOMI SECTOR COCHA PUY							
Referencia familiar	JANIA YUNGAY (MAMA)					Teléfono				

2. MOTIVO DE CONSULTA

GEIPE

3. ANTECEDENTES PERSONALES **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	32 AÑOS. TUBO PROSTATE CON CUERPO DE 2do GRADO.
Adulto Mayor	

AGD

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E. MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 5 DÍAS
2. Fecha real de comienzo	5 DÍAS
3. Forma de comienzo	LAGRIMAS DE LOS OJOS, ENJAMBOS, DOLOR DE LA PÉLFIX (unión)
4. Causa aparente	POC ABUSO Y ZONA FRÍA
5. Síntomas acompañantes	DOLOR DE OJOS, SECRECIÓN NASAL DECAJISSO.
6. Evolución	
7. Relación con los tratamientos	NUNCA SE USARON CON TRATAMIENTO CASERO.
8. Estado actual	GEIPE CON SECRECIÓN NASAL CLARA

paciente refiere que no ha sido fiera durante el proceso
 gipal del dolor de huesos se ha mantenido hasta la
 segunda semana, el progreso de ojo a desaparecido
 la semana climatizado para mejorar de con 40% durante
 el tratamiento con el jorabe de la puy. puy.

P15

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO															
I.S.T.E.															
Registro SENESCYT No. 17-061															
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales															
FICHA MEDICA															
1. DATOS DE FILIACIÓN															
Fecha de ingreso		Apellidos						Nombres							
02-07-2018															
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil				Instrucción		Profesión					
43	M	F	X	ESTRIBA	S	C	X	D	V	U.L.	BACHILLER	ESTUDIA			
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual							
ESTUDIA		PIPAOANA			26-01-1975			CUBANA							
Residencia Ocasional			Religión		Dirección					Teléfono					
			CRISTIANA		CUBANA LOS OROPOLIS					2875146					
Referencia familiar		HERMANO				ASISTENTE		COMUNICACION				Teléfono		2875454	
2 MOTIVO DE CONSULTA															
RESFRIADO															
3 ANTECEDENTES PERSONALES															
DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS															
Infancia		PARTO NORMAL 5 AÑOS SARAMPIÓN MONEDA DE PIERO (MORADA)													
Niñez		7 AÑOS GRIPE FRECUENTES													
Adolescencia		GRIPE FRECUENTES													
Adulto Joven		PRIMERO HIJO 25 AÑOS (PARTO NORMAL) SEGUNDO HIJO 27 AÑOS (PARTO NORMAL) 3º HIJO 32 AÑOS (PARTO NORMAL) LIGADA A LOS 32 AÑOS													
Adulto Mayor															
AGO															
Menarquia	13/05	FUM	10 años	G	3	P	3	A	C	HV	3	HM	PF	PARITAS	CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual													
3 ANTECEDENTES FAMILIARES															
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMERITA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO							
PADRE TUBERCULOSIS, PRIMER HIJO, MADRE ACIDIAS															
4 ENFERMEDAD ACTUAL															
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA															
1. Fecha aparente de comienzo: HACE 4 DIAS															
2. Fecha real de comienzo: HACE 1 DIA															
3. Forma de comienzo: POR SOBIR PERUBIERA P/LA MADRUGADA 3:00 AM															
4. Causa aparente: POR EL FRIO VIENTO EN LA MADRUGADA															
5. Síntomas acompañantes: PICAZOS EN LA NARIZ															
6. Evolución: OUSACION DE ROSAS PASALES, FROCA FRIJO, JARONES DE OJOS															
7. Relación con los tratamientos: TUGERMO TERAPIAS NATURALES SIN AVER LEVANTADO															
8. Estado actual: RESTRIDO CON POLOR DE CABEZA															

paciente refiere que luego de 3 días de proceso gripal, se lo desahojó al dolor de cabeza, se ha ido disminuyendo de los ojos, demostrando una mejoría de su estado con el tratamiento de jarabe de jengibre.

P16

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
	I.S.T.E.
	Registro SENESCYT No. 17-061
	Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN											
Fecha de Ingreso			Apellidos				Nombres				
27-05-2018											
Edad	Sexo		Raza		Estado Civil			Instrucción		Profesión	
53	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	MESTIZO		S	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	V	U.L.	Secundaria	CHOFER PROFESIONAL
Ocupación			Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
TAXISTA			ATACAPU			6 Julio 1964		Atacapu			
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono		
Referencia familiar								Teléfono			

2. MOTIVO DE CONSULTA
GRIPE.

3. ANTECEDENTES PERSONALES	DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
Infancia	
Niñez	
Adolescencia	Quiso del 100 18 años casada.
Adulto Joven	
Adulto Mayor	

AGO															
Menarquia		FUM		G		P		A		C	HV	HM	PF		CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual													

3 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO	

4 ENFERMEDAD ACTUAL	
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA	
1. Fecha aparente de comienzo	Hacia 1 día
2. Fecha real de comienzo	1 día
3. Forma de comienzo	ARROJE DE ENFERMEDAD
4. Causa aparente	CONTACTO DE FAMILIARES
5. Síntomas acompañantes	DOLOR EN LA GARGANTA, DOLOR EN OJOS
6. Evolución	DESCENDENTE.
7. Relación con los tratamientos	SIN FORME TRATAMIENTO
8. Estado actual	Responde con reposo a la GARGANTA.

Paciente refiere que se le ha manifestado al inicio de presentar descuido en su garganta. Se ha manifestado la sensación nasal y a la siguiente mañana se despertó con sensación de que se le había caído el tratamiento de garganta de peróxido, no habiendo presencia de fiebre.

P17

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO											
I.S.T.E.											
Registro SENESCYT No. 17-061											
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales											
FICHA MEDICA											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres					
26/06/2018											
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil			Instrucción		Profesión		
76	M / F	CRESTO		S / C / D / V / U.L.			PERUANA		CONSTRUCTORA		
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
CONSTRUCTORA		TIAJIBO			28-06-1942		SALVADORA				
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono		
			CAYSHAS		AV. CAROL FORTINO, GUAYMA, GUAYMA 233003						
Referencia familiar							Teléfono				
2 MOTIVO DE CONSULTA											
ACERADO											
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Infancia											
Niñez											
Adolescencia											
66 años operación con placa en la pierna izquierda											
Adulto Joven											
Adulto Mayor											
AGO											
Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS		
Menopausia	Características del período menstrual										
3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO			
4 ENFERMEDAD ACTUAL											
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA											
1. Fecha aparente de comienzo											
HACE 5 AÑOS											
2. Fecha real de comienzo											
HACE 5 AÑOS											
3. Forma de comienzo											
DOLOR DE CARGANTA											
4. Causa aparente											
BURNAS DEFUJAS											
5. Síntomas acompañantes											
SECRECIÓN VASAL Y ESCORBUNDOS											
6. Evolución											
PROGRESAR AL CORPO											
7. Relación con los tratamientos											
TOMA AUNQUE REPARACIONES (HORMONAS)											
8. Estado actual											
PRESENTADO CON SECRECIÓN VASAL EN LOS OJOS											

Paciente refiere que a persiste el dolor de garganta hasta la segunda semana, manifestándose igual sin presencia nasal. A la tercera semana se demostró una mejoría de un 45% luego de haber mantenido el tratamiento con el jalete de guáchara

P18


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
70	M	MESTIZO	S	C	D	V	U.L.	Escuela de Terapias Naturales	
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Residencia habitual				
COOPERADOR	TACAHUÁN		28-07-1948		SALCEDO				
Residencia Ocasional	Religión	Dirección			Teléfono				
	Católica	Av. General Berrío "Los Caños"			098935733				
Referencia familiar							Teléfono		

2. MOTIVO DE CONSULTA

AGUIRDA

3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	5 años AGUIRDA
Adolescencia	14 años AGUIRDA
Adulto Joven	
Adulto Mayor	

AGD

Menarquia	15	FIM	SEÑ	G	1	P	1	A	-	C	-	IV	1	HM	-	FF	-	CICLOS
Menopausia	70 años	Características del periodo menstrual																

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. MENTA	7. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APPLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 7 DÍAS
2. Fecha real de comienzo	HACE 7 DÍAS
3. Forma de comienzo	DEBE DEL CUERO
4. Causa aparente	DEL CUERO
5. Síntomas acompañantes	DOLOR DE CABEZA, SORDEO EN LOS OÍDOS, ENTORPEC.
6. Evolución	OCASIONADO AL CUERO
7. Relación con los tratamientos	HOSPITAL EN UNICAJA Y HUBO PASO
8. Estado actual	RECUPERA EN SERVICIO HOSPITAL

Paciente refiere que los síntomas principales se han mantenido por una semana, con dolores de cabeza y sensación nasal (falta) a ido desapareciendo el dolor del cuerpo demostrado una mejoría de un 35% luego de haber seguido el tratamiento de jirite de jirite.

pis

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO																
I.S.T.E.																
Registro SENESCYT No. 17-061																
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales																
FICHA MEDICA																
1. DATOS DE FILIACIÓN																
Fecha de Ingreso		Apellidos						Nombres								
22/08/2018																
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil				Instrucción	Profesión							
22	M	F	K	MESTIZO	S	X	C	D	V	U.L.	SUPERIOR DISEÑO GRÁFICO					
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual								
DISEÑO GRÁFICO		DE QUILICHU			06/06/1996			CARCELÉN								
Residencia Ocasional			Religión		Dirección					Teléfono						
			CÓPTICA		CARCELÉN B.P.S.O											
Referencia familiar								Teléfono								
2. MOTIVO DE CONSULTA																
GRIPES																
3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																
Infancia		OPACILTA - GRIPES FRECUENTES														
Niñez																
Adolescencia		1 P. OVA QUISTES OVARIAS														
Adulto Joven																
Adulto Mayor																
AGO																
Menarquia	1200	FUM		G		P		A		C		HV	HM	PF		CICLOS
Menopausia		Características del período menstrual														
		REGULAR														
3. ANTECEDENTES FAMILIARES																
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO								
SUELA PROBLEMA DIABETES, PRIMA EPILÉPTICA																
4. ENFERMEDAD ACTUAL																
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																
1. Fecha aparente de comienzo		HACE 4 DIAS														
2. Fecha real de comienzo		4 DIAS														
3. Forma de comienzo		DOJO DE OJOS														
4. Causa aparente		LAGRIMO DE LOS OJOS, SECRECIÓN NASAL CLARA														
5. Síntomas acompañantes		NO SONA NINGUN FRENOCOMIOS,														
6. Evolución		DOR DE LOS OJOS														
7. Relación con los tratamientos		NO SE HA RECIBIDO NINGUN TIPO DE TRATAMIENTO														
8. Estado actual		PERMANENTE DE SECRECIÓN NASAL CLARA														

Paciente refiere que no ha habido fiebre durante el proceso
 según el momento de los ojos a temperatura en la primera
 semana de la semana nasal se ha mantenido hasta la
 segunda semana de la semana con una temperatura de 38.5
 al requerir el tratamiento con el paracetamol 500mg



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
03 Jul.						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
50	M	FIBRIZO	S	C	Secundaria	Empresario
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
COMERCIANTE	Familia		3 Junio 1968			
Residencia Ocasional	Religión	Dirección			Teléfono	
	Catolico	Familia "Barrio El Juncal"			5650126	
Referencia familiar	MISMA CILLO (Hija)			Teléfono	2680126	

2. MOTIVO DE CONSULTA

Restricción con tos

3. ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	
Adulto Joven	40 años operado (Vestido)
Adulto Mayor	
AGO	
Menarquia	13 FUM 27/09 G 1 P 1 A - C - HV A HM - PF - CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual: irregular

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E.INFEC	8. MALFORM	9. OTRO
Padre con Atrial								

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	Hace 3 días
2. Fecha real de comienzo	Hace 3 días
3. Forma de comienzo	con tos seca.
4. Causa aparente	de cuando la lluvia
5. Síntomas acompañantes	dolor de cabeza, aumento de los ojos ros
6. Evolución	de aumento del cuerpo
7. Relación con los tratamientos	tratamiento con HIECUAS
8. Estado actual	Restricción con dolor de cabeza

Paciente refiere que no las siente fiebres, la tos se ha vuelto -
 cada vez que la sequita se a perdido el dolor de
 cabeza el sequito, demostrando una mejoría de un 40%
 en el sequito sequita luego de haber iniciado el tratamiento
 con el método de sequita.

PAI


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
14/06/2018									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
32	M	Mestizo	S	C	D	V	U.L.	Secretaría	Contador
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual			
Secretaría		I. Barea		20-01-1986		QUITO			
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono			
		Católico	CARCELAS BAJA						
Referencia familiar						Teléfono			

2. MOTIVO DE CONSULTA

RESERVA

3. ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	parto normal
Niñez	10 días hospitalizado por infección
Adolescencia	
Adulto Joven	22 días Gonorrea
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	13	FUM		G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
Menopausia		Características del periodo menstrual																

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E. MENTA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
padre Diabetes								


4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 7 DÍAS
2. Fecha real de comienzo	HACE 7 DÍAS
3. Forma de comienzo	ESTREPITOSO
4. Causa aparente	CONTAGIO
5. Síntomas acompañantes	DOLOR DE TAPAJE AL CORAZÓN.
6. Evolución	DECAIMIENTO AL CORAZÓN
7. Relación con los tratamientos	HERVIDOS, SUCOS DE PLANTAINA
8. Estado actual	CRISIS CON SECRECIÓN PURULenta

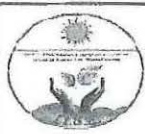
paciente refiere que no ha sido febril durante el proceso global del dolor del cuerpo se ha mantenido durante la primera semana, las secreciones blancas se han mantenido hasta la segunda semana, felando una mejoría de un 75% luego

P22

 INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIO I.S.T.E. Registro SENESCYT No. 17-061 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales FICHA MEDICA														
1. DATOS DE FILIACIÓN														
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres							
26-06-2018														
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil					Instrucción	Profesión				
38	M / F	MESTIZO		S / C / D / V / U.L.					Superior					
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual						
Empleado		Quito			11/03/1980			Quito						
Residencia Ocasional			Religión		Dirección					Teléfono				
Buenos Aires - PACTO			católica		ANTONIO Rodríguez de 2-454 San Luis									
Referencia familiar								Teléfono						
2 MOTIVO DE CONSULTA														
GRIPE														
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS														
Infancia														
Niñez														
Adolescencia														
Adulto Joven														
Adulto Mayor														
AGO														
Menarquia		FUM		G		P		A		C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia		Características del periodo menstrual												
3 ANTECEDENTES FAMILIARES														
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO						
MADRE con CRUCE de SENO														
4 ENFERMEDAD ACTUAL														
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA														
1. Fecha aparente de comienzo		HACE 6 DIAS												
2. Fecha real de comienzo		HACE 6 DIAS												
3. Forma de comienzo		ARROJO DE LA GARGANTA												
4. Causa aparente		POR CONTACTO												
5. Síntomas acompañantes		DOLOR DEL CUERPO Y SECRECIÓN NASAL												
6. Evolución		CON POCO DECAIMIENTO												
7. Relación con los tratamientos		TOMANDO DROGAS NATURALES PARA EL GRIPE												
8. Estado actual		GRIPE CON POCO MEJORÍA, SEGURO POR VENIR												

Paciente refiere que no hubiera fiebre por el color de la garganta a rto de capacidad luego de, a días desaparece el dolor del cuerpo y mejorado la secreción nasal con en GSR de mejoría incluido el tratamiento con jugos de frutas durante este proceso gripal.

P23



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN																		
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres											
2-07-2018																		
Edad	Sexo	Raza		Estado Civil				Instrucción	Profesión									
25	M	F	MESTIZA	S	C	D	V	U.L.	SECONARIA	PROFESIONISTA								
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual											
VENTAS		QUITO			29 Agosto/1992		QUITO											
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono									
			CRISTIANA		CARAPUNZO													
Referencia familiar							Teléfono											
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
GRIPE CON TOS																		
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia																		
Niñez																		
9 años introducido una piñita pie derecho																		
Adolescencia																		
11 años operación se extrajo la media piñita																		
Adulto Joven																		
20 años calculos vesícula																		
Adulto Mayor																		
AGO																		
Menarquia	15	FUM	NO	G	1	P	1	A	-	C	1	HV	1	HM	-	PF	positiva	CICLOS
Menopausia		Características del periodo menstrual		regular														
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. CARDIOFAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. EMIGRA	7. E. INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO										
4 ENFERMEDAD ACTUAL																		
ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA																		
1. Fecha aparente de comienzo		HACE 5 DIAS																
2. Fecha real de comienzo		HACE 5 DIAS																
3. Forma de comienzo		LACERADO DE OÍD																
4. Causa aparente		POR CAMBIO DE TEMPERATURA																
5. Síntomas acompañantes		FALTA DE APETITO CON TOS CON FLETTA																
6. Evolución		POUR DE BUBLES																
7. Relación con los tratamientos		PROCESO PROGRESIVO SI AYUDADO.																
8. Estado actual		GRIPE CON RESERVA CON TOS EN FLUJO																

Paciente refiere que no había presencia de fiebre, al iniciar al inicio a rta desaparecida al 5to día los a rta desaparecida al 5to día no hay lagrimeo de los ojos, no hay sensación nasal, muestra la zona respiratoria

P24

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAپیو
	I.S.T.E.
	Registro SENESCYT No. 17-061
	Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN									
Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres			
27-07-2018									
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión		
58	M <input checked="" type="checkbox"/> F	MESTIZA	S	C	D	V	U.L.	Primaria	CHOFER PROFESIONAL
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Residencia habitual				
CHOFER	TARIBILLO		10-11-1960		TARIBILLO				
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono			
		CATOLICA	TARIBILLO "BARRIO EL RUCO"						
Referencia familiar							Teléfono		

2 MOTIVO DE CONSULTA
 RESERFOP.

3 ANTECEDENTES PERSONALES		DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
Infancia		
Niñez		
Adolescencia		
Adulto Joven	48 años accidente de tránsito con fractura pisua izoquierda	
Adulto Mayor		

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO

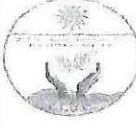
4 ENFERMEDAD ACTUAL.

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 2 DIAS
2. Fecha real de comienzo	HACE 2 DIAS
3. Forma de comienzo	DOLOR DE CABEZA
4. Causa aparente	POR NOYARSE EN LA LLUVIA
5. Síntomas acompañantes	PRUR DE OJOS CON ESTORNUDO
6. Evolución	MEJORADO POR TRATAR
7. Relación con los tratamientos	NO NECESARIO NADA
8. Estado actual	DEBILITADO CON DOLOR DE CABEZA

Paciente refiere que no hubo fiebre durante el proceso, gupel tal orden de garganta se ha mantenido persistente hasta la segunda semana y la muerza nasal a la tercera semana. Se demostró una mejoría de un 50% luego de haber

P25


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-051
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
26-06-2018						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
39	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Astizo	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Tecnología	Farmacéutica
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Farmacéutica	Quito		03.02.1979	Quito		
Residencia Ocasionales		Religión	Dirección		Teléfono	
		Católica	Conjunto "La Granda"		096447748	
Referencia familiar	Aya Cristina Vega			Teléfono 0987664971		

2. MOTIVO DE CONSULTA

Secreción Nasal

3. ANTECEDENTES PERSONALES **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Nacido prematuro (8 meses), FC6 días (1 semana), umbilical (pa)
Niñez	gripas, amigalitis, diarrea frecuentes
Adolescencia	
Adulto Joven	21 años Hepatitis A, Mononucleosis Hipertensión alta (21) Hipertensión alta (36)
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual								

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	<input checked="" type="checkbox"/> 4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
--------------	-------------	------------	---	-----------	------------	--------------	------------	---------

padre → HTA / madre → síndrome de Meniere / abuelo → HTA
 abuela materna → Cáncer linfático

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	hace 4 semanas
2. Fecha real de comienzo	4 semanas
3. Forma de comienzo	Tos espasmodica (imitativa)
4. Causa aparente	Stafis
5. Síntomas acompañantes	Moqueo al despertar, garganta infectada, secreción
6. Evolución	Progresiva
7. Relación con los tratamientos	No responde a antibióticos
8. Estado actual	Agravado en reposo a nivel

paciente refiere que se manifiesta la tos, a bajada la intensidad del curso de la garganta, la secreción nasal se ido desapareciendo a la respuesta nasal demostrando una mejoría de un 65% durante el protocolo con el paracetamol y glicina

P26

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO														
I.S.T.E.														
Registro SENESCYT No. 17-061														
Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales														
FICHA MEDICA														
1. DATOS DE FILIACIÓN														
Fecha de Ingreso		Apellidos						Nombres						
29-06-2018														
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión						
60	M	MESTIZO	S	C	A	D	V	U.L.	SECUNDARIA	MECANICO				
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Residencia habitual						
MECANICO		MEXIA (TAMBILLO)			30-12-1957			SANGOLGILI						
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono					
-			CATOLICA		CONJUNTO (LOS CACTUS)				2235 8075					
Referencia familiar		AIDA GUILLERMO						Teléfono		096 123 7477				
2 MOTIVO DE CONSULTA														
SECRETION NASAL														
3 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS														
Infancia		PROBLEMA DE LOS PULMONES												
Niñez		EMPE, 70s, DOLORES ESTOMACIALES												
Adolescencia														
Adulto Joven		19 AÑOS PROBLEMA A LOS OJOS (USE LENTES) 40 AÑOS DISTURBO A LOS RÍONES												
Adulto Mayor		50 AÑOS COLICO AL RÍDON												
AGO														
Menarquia		FUM		G		P		A		C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia		Características del periodo menstrual												
3 ANTECEDENTES FAMILIARES														
1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO						
M PADRE) PERDIDA DE MEMORIA (MUTUPE) ENFERMEDAD DE LO ACTROIS ABUELO PATEÑO CANCER A LA PROSTATIA.														
4 ENFERMEDAD ACTUAL														
ANAMNESIS APPLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA														
1. Fecha aparente de comienzo		HACE 3 DIAS												
2. Fecha real de comienzo		HACE 3 DIAS												
3. Forma de comienzo		ESTOCCIDAS												
4. Causa aparente		CAMBIO DE TEMPERATURA (LITRO)												
5. Síntomas acompañantes		DOLOR DE LA CABEZA												
6. Evolución		PROGRESION DEL CUERPO												
7. Relación con los tratamientos		DOLOR DE CABEZA CON SUEL SIN MEJORIA												
8. Estado actual		ESTABILIZADO, CON DOLOR DE CABEZA												

Paciente refiere que se ha despertado al calor de su cuerpo durante la primera semana no hay fiebre durante el proceso y por a la noche se levanta a mayor temperatura secreción nasal disminuyendo un 45% de secreción durante el tratamiento.

PET



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-051

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso		Apellidos				Nombres				
3-07-2018										
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil			Instrucción	Profesión			
25	M / F	MESTIZA	S	C	D / V	U.L.	Secundaria	Drafter		
Ocupación		Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
CAJETA		QUITO		20-06-1993		SUCCELO				
Residencia Ocasional		Religión	Dirección			Teléfono				
		MISCONA	AV. PARRO CALLEJON - SUCCELO							
Referencia familiar						Teléfono				

2 MOTIVO DE CONSULTA

RESPIRATORIA

3 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	13 años caída en la cabeza lesionó en la nuca 13 años de dolor por EPIDERMIA
Adulto Joven	
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	14	FUM	11	G	1	P	1	A	-	C	-	HV	1	HM	-	PF	19/10/18	CICLOS	
Menopausia		Características del período menstrual		Sin período menstrual															

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E.INFECC	8. MALFORM	9. OTRO


4 ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 5 DIAS
2. Fecha real de comienzo	HACE 5 DIAS
3. Forma de comienzo	POSICION DE LOS OJOS
4. Causa aparente	POR EL CLIMA
5. Síntomas acompañantes	SECRETOS NASAL., DOLOR DE CABEZA
6. Evolución	PROGRESA AL CORPO
7. Relación con los tratamientos	INTENTO RESOLVER CON ASESORAMIENTO ALGO RESOLVA
8. Estado actual	RESPIRATORIA CON SECRETOS NASAL VARS.

Paciente refiere que no ha habido fiebre, la sensación nasal se ha incrementado, dolor de cabeza, secreción nasal, disminución de la visión de los ojos, a la despertada el dolor de cabeza a la siguiente mañana, presentando secreción nasal.

P28


INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 I.S.T.E.
 Registro SENESCYT No. 17-061
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales
FICHA MÉDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
30/06/2018						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
45	M <input checked="" type="checkbox"/> F	Mestizo	S / C / D / V / U.L.		Secundaria	Unidad de...
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Unidad	Quito		03-04-1971	Quito		
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono		
	RJ.	Rta Le cumbarry y Juan Montalvo		999813302		
Referencia familiar	Juan Pizarro			Teléfono	990214887	

2. MOTIVO DE CONSULTA

Tiene Cejea

3. ANTECEDENTES PERSONALES **DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	Nace Prematuro de 8 meses. Principales Respuestas
Niñez	8 años Urdacilla 10-12 años Cejeas frecuentes
Adolescencia	
Adulto Joven	9 años colicos por colico renal 36 años Hicieron FRECUENTES 99 años Hicieron Ocasión en L4-5 con CAP-16W
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
Menopausia	Características del periodo menstrual								

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
Toda Enfermedad renal crónica, hipertensión (HIGENAS) para hipertensión de primer grado, diabetes no controlada (diabético), no presenta insulino-dependencia renal.								

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	FACE 7 días
2. Fecha real de comienzo	HACE 7 días
3. Forma de comienzo	CEFALEA FACIAL, dolor en Codo, precipitación
4. Causa aparente	Enfermedad
5. Síntomas acompañantes	tos espasmo, obstrucción vías respiratorias
6. Evolución	tos acompañada de vómito
7. Relación con los tratamientos	Tomó 150 mg de C/P H y tosígeno
8. Estado actual	sigue sintiendo mucha obstrucción en las vías respiratorias

Paciente refiere que no ha habido presencia de fiebre la que se a manifestado hasta la segunda semana a los síntomas de fiebre y el deterioro y demostrando una mejora de un 70% con los recursos masal durante el tratamiento

P29



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

I.S.T.E.

Registro SENESCYT No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

FICHA MEDICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha de Ingreso	Apellidos		Nombres			
09/07/2018						
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil		Instrucción	Profesión
38	M	MESTIZO	S / C / D / V / U.L.		Secundaria	Reservista
Ocupación	Lugar de nacimiento		Fecha de Nacimiento	Residencia habitual		
Costurero	CORTO		12-05-1980			
Residencia Ocasional	Religión	Dirección		Teléfono		
		ALVARADO Y TOLUQUE - VIA AL TUNCO				
Referencia familiar					Teléfono	

2. MOTIVO DE CONSULTA

LESIONADO

3. ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

Infancia	
Niñez	10 años problemas de crecimiento
Adolescencia	
Adulto Joven	2 años operado de riñones
Adulto Mayor	
AGO	
Menarquia	14 FUM 15 G 2 P 2 A - C - HV 2 HM - PF <u>positiva</u> CICLOS
Menopausia	Características del período menstrual: <u>REGULAR</u>

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC	6. E.MENTA	7. E. INFECC	8. MALFORM	9. OTRO
Padre con cáncer al seno								

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	hace 6 días
2. Fecha real de comienzo	hace 6 días
3. Forma de comienzo	golpe del cuerpo, golpe de pecho
4. Causa aparente	golpe de pecho
5. Síntomas acompañantes	golpe de pecho
6. Evolución	permanente del cuerpo
7. Relación con los tratamientos	antibiótico en el hospital
8. Estado actual	responde con dolor de pecho

paciente refiere que no había fiebre, el dolor de pecho a persistido hasta la segunda semana, desapareció el dolor del cuerpo y el dolor de cabeza, demostrando que...

P30

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO I.S.T.E. Registro SENESCYT No. 17-061 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales FICHA MEDICA
---	---

1. DATOS DE FILIACIÓN											
Fecha de Ingreso		Apellidos					Nombres				
03-07-2018											
Edad	Sexo	Raza	Estado Civil				Instrucción	Profesión			
23	M	Mestiza	S	C	D	V	U.L.	X	Secundario	Bachiller	
Ocupación		Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento		Residencia habitual				
PU QUESA		QUITO			21/06/1995		SUCUMBAI				
Residencia Ocasional			Religión		Dirección				Teléfono		
			CATÓLICO		CASA PAMBA						
Referencia familiar							Teléfono				

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. ANTECEDENTES PERSONALES **DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS**

Infancia	
Niñez	
Adolescencia	15 años con problemas a los ojos (cataratas)
Adulto Joven	
Adulto Mayor	

AGO

Menarquia	13	FUM	18	G	1	P	1	A	-	C	-	HV	1	HM	-	PF	1	CICLOS	
Menopausia		Características del periodo menstrual: PPA NEUTRALIZACIÓN																	

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPAT.	2. DIABETES	3. HIPERT.	4. CÁNCER	5. TUBERC.	6. E.MENTA	7. E.INFECC.	8. MALFORM.	9. OTRO
Ninguno presente en familiares del paciente.								

4. ENFERMEDAD ACTUAL

ANAMNESIS APLICABLE A CUALQUIER SÍNTOMA

1. Fecha aparente de comienzo	HACE 7 DIAS
2. Fecha real de comienzo	HACE 7 DIAS
3. Forma de comienzo	RESOLUCION, LUEGO DOLOR DE CABEZA
4. Causa aparente	CONTAGIO.
5. Síntomas acompañantes	DOLOR DE PIERNAS DOLOR DE BARRIGA, MALGUSTAR
6. Evolución	DEGRADACION DEL ESTADO
7. Relación con los tratamientos	CON HERVIDO CON 1 ANTIHIPERTENSIVO 7 DIAS MAS (CURE)
8. Estado actual	RESPIRACIONAL DEL RESPIRADOR. CON SECRETOS Y DOLOR DE CABEZA

Paciente refiere que no tocó las piernas, que a los 3 días desaparecieron los malestares al 3er día, mejorando al 5to día la segunda noche y al tercer día de cabeza, demostrando que...

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DE LA INSTITUCION
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD
ESPECIALIDAD

LUGAR:

FECHA: DIA: MES: AÑO:

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en
_____; de la ciudad de
_____; en calidad de paciente _____ o como
representante _____ del paciente _____; autorizo a
_____, con profesión o
especialidad _____, para la realización del procedimiento

SI ___ NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI ___ NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento

SI ___ NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI ___ NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI ___ NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI ___ NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI ___ NO ___ estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI ___ NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

C. IDENTIDAD: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO Tecnológico Superior Escalante
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL ESCALANTE
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN AJIBAYA
ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
LUGAR: San José
FECHA: DIA: MES: AÑO: 29-06-2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en San José - Av. Abdón Calderón 2724 San José; de la ciudad de San José; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN AJIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE DE NATUROPATIA para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____
RELACION CON EL PACIENTE: _____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN AJIBAYA
C. IDENTIDAD: 14.15.12.81C-8

P2

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCOLARIO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO SALVADOR
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIU ASIMBAYA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE DE NATUROPATIA
 LUGAR: SALVADOR
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 25-06-2018

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en Av. General Barahona Centro "Los Caños"; de la ciudad de SALVADOR; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIU ASIMBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIU ASIMBAYA
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIU ASIMBAYA
 C. IDENTIDAD: 1415 19 516 - 8
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

P3

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO Tecnológico Superior Escalante
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO sinodal
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STANU ASIRAMA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE DE NATUROPATIA
 LUGAR: SANCOLOAN
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 11/06/2018

Yo STANU ASIRAMA, con CI. 11519516-8; domiciliado en SANCOLOAN CONJUNTO "LOS CACTOS"; de la ciudad de SANCOLOAN; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STANU ASIRAMA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: Adela Quillebarra
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: STANU ASIRAMA
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STANU ASIRAMA
 C. IDENTIDAD: 11519516-8
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCUELA
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL SAPOOLAI
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALU ASIBAYA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
 LUGAR: SAPOOLAI
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 25-06-2018

Yo STALU ASIBAYA, con CI. 171519516-8; domiciliado en PO. GENERAL RUIWAZU "SECTOR BAROJUA"; de la ciudad de SAPOOLAI; en calidad de paciente o como representante del paciente SAPOOLAI; autorizo a STALU ASIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento SAPOOL BENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada
 FIRMA DEL PACIENTE: [Signature]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Signature]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALU ASIBAYA
 C. IDENTIDAD: 171519516-8
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

P5

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO Superior Escuelas
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL SARAGOLANI
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN Asimbaya
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE de Naturopatia
 LUGAR: SARAGOLANI
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 11/06/2018

Yo Alfonso Gomez, con CI. 171519576-8; domiciliado en la urbanización la Colina; de la ciudad de Saragolani; en calidad de paciente X o como representante del paciente; autorizo a estudiante Ne Stalin Asimbaya, con profesión o especialidad estudiante Naturopatia; para la realización del procedimiento jarabe de jengibre

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN Asimbaya
 C. IDENTIDAD: 171519576-8
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

pg

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCOLARIO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO AJUECASI
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STPUN ASITOBAS
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE DE NATUROPATIA
 LUGAR: SHUWASA
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 01-0C/2018

Yo [Firma], con CI. 0000000000; domiciliado en BARRIO LA COCHA; de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente; autorizo a STPUN ASITOBAS, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STPUN ASITOBAS
 C. IDENTIDAD: 171574516-8
 Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION Instituto Tecnológico Superior Estatal
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO OPNGOLAN
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIMBAYA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE DE NATUROPATIA
 LUGAR: J. PANGOLAN
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 11-06-2018

Yo [Signature], con Cl. [Signature]; domiciliado en Barrio San Vicente; de la ciudad de Sarasique; en calidad de paciente o como representante [Signature] del paciente [Signature]; autorizo a Stalin Asimbaya, con profesión o especialidad estudiante Naturopatia; para la realización del procedimiento Jarabe de jengibre.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Signature]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Signature]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Stalin Asimbaya
 C. IDENTIDAD: 17159516-8
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

PR

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESCUAPPIO
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL ALANGALI
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASUMBAYA
ESPECIALIDAD
LUGAR: ALANGALI
FECHA: DIA: MES: AÑO: 28/05/2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Alangali Señor Patax; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente SI o como representante del paciente _____; autorizo a Stalin Asumbaya, con profesión o especialidad Estudiante naturopatia; para la realización del procedimiento Jarabe de Jengibre

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASUMBAYA

C. IDENTIDAD: 171519516-8

Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESCOLAPIO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASHIBAYA
 ESPECIALIDAD
 LUGAR: ALANGASI
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 28 / 05 / 2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en PUEBLO DE PINCON DEL VALLE; de la ciudad de COITO; en calidad de paciente SI o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN ASHIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento PREPARAR DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASHIBAYA
 C. IDENTIDAD: 17154516 - P
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO Tecnológico Superior Escobedo
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO Sanguolani
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIU ASIMBAYA
 ESPECIALIDAD ESTODANTE DE NUTROPIA
 LUGAR: Sanguolani
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 01/01/2018

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en _____; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a _____ con profesión o especialidad ESTODANTE DE NUTROPIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: STALIU ASIMBAYA
 C. IDENTIDAD: 171519516-8
 RELACION CON EL PACIENTE: PRIMERO
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIU ASIMBAYA
 C. IDENTIDAD: 171519516-8

P41

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO SUPERIOR TECNOLOGICO ESCOLAPIO
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL ALPARGADI
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIBAYA
ESPECIALIDAD
LUGAR: ALPARGADI
FECHA: DIA: MES: AÑO: 28/05/2018

Yo [Signature], con CI. [ID]; domiciliado en ALPARGADI; de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente [Signature]; autorizo a STALIN ASIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada
FIRMA DEL PACIENTE: [Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____
RELACION CON EL PACIENTE: _____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASIBAYA
C. IDENTIDAD: 171519516-81
Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

p12

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO Tecnológico Superior Escalante
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL TATUADO
 PROCEDIMIENTO STATLU ASIHWAYA
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD ESTUDIANTE NOTOCOPATA
 ESPECIALIDAD TATUADO
 LUGAR:
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 09-06-2018

Yo Diego Pollaroxi, con CI. 723768626; domiciliado en 7 de mayo "Espirito Santo"; de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STATLU ASIHWAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada
 FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STATLU ASIHWAYA
 C. IDENTIDAD: 723768626
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LA PAZ Escuelas
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL Tratamiento
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIBAY
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATOROPATIA
 LUGAR: Tarija
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 06-06-2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Tarija "Barrio El Negro"; de la ciudad de Tarija - Tarija; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN ASIBAY, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATOROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI/ NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada
 FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASIBAY
 C. IDENTIDAD: 1515516-8
 Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

PIA

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESCOLAPIO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL ALIANZA
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIBAYA
 ESPECIALIDAD
 LUGAR: ALIANZA
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 28/05/2018

Yo [signature], con CI [signature]; domiciliado en La cacha sector palmeras; de la ciudad de hufo; en calidad de paciente o como representante del paciente [signature]; autorizo a STALIN ASIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE.

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [signature]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [signature]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASIBAYA
 C. IDENTIDAD: 171519516-P
 N° REGISTRO PROFESIONAL: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO SUPERIOR ESCOLAPIO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL ALANGASI
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIBAYO
 ESPECIALIDAD
 LUGAR: ALANGASI
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 28/05/2018

Yo _____ con CI. _____; domiciliado en ALANGASI; de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente _____ o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN ASIBAYO, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASIBAYO
 C. IDENTIDAD: 171514516
 Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

017

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPLO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL SANEDAN
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIU ASITIBAYA
 ESPECIALIDAD RESIDENTE DE NATUROPATIA
 LUGAR: SANEDAN
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 28/06/2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en AV. Genl. Recopilador CANTON LOS CAJAS; de la ciudad de SANEDAN; en calidad de paciente _____ o como representante _____ del paciente _____; autorizo a STALIU ASITIBAYA, con profesión o especialidad RESIDENTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIU ASITIBAYA
 C. IDENTIDAD: 171619516-8

P18

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESALAPTO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL SANGRAN
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIU ASIBAYIA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
 LUGAR: SANGRAN
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 26-06-2018

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en Av. Genl. Francisco "Los Caños"; de la ciudad de SANGRAN; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIU ASIBAYIA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento SANGRE TECNOLÓGICA

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIU ASIBAYIA
 C. IDENTIDAD: 171513816-8

PLS

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO Superior Escalante
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL CARCELIN
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIV Añibaya
ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
LUGAR: Carcelin
FECHA: DIA: MES: AÑO: 14/OCT/2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en CARCELIN BATO; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIV Añibaya, con profesión o especialidad ESTUDIANTE DE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO ___ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
SI NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
SI NO ___ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
C. IDENTIDAD: _____
RELACION CON EL PACIENTE: _____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIV Añibaya
C. IDENTIDAD: 174519576-8

P21

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO JARABE Escalpio
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO QUITO.
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASHIBAYA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
 LUGAR: QUITO.
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 14/06/2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Carcelen Bajo. de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN ASHIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA para la realización del procedimiento JARABE DE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASHIBAYA
 C. IDENTIDAD: 17151956-8.

P 22

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLOGIA Superior Escalapio
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL QUITO
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STANU ASIRBAYA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
 LUGAR: QUITO
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 26-06-2018

Yo _____, con Cl. _____; domiciliado en Antonio Rodriguez DE 2-45 y San Luis Barrio "El Otazo" de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a STANU ASIRBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento SPRINDE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STANU ASIRBAYA

C. IDENTIDAD: 171515376-8

P23

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO Superior Esmeraldo
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL QUITO
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIU ASITIBAYA
ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
LUGAR: QUITO
FECHA: DIA: MES: AÑO: 2-07-2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en CARAPUNGO; de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIU ASITIBAYA, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento JARABE JENGIBRE

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIU ASITIBAYA

C. IDENTIDAD: 171519516-8

P 29

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO JAPONÉS ESCOLARIZADO
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO
PROCEDIMIENTO
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STANLY ALIBAYAS
ESPECIALIDAD
LUGAR: TANAILLO
FECHA: DIA: MES: AÑO: 05-07-2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en BARRIO "EL TORO"; de la ciudad de TANAILLO - HEBIA; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STANLY ALIBAYAS, con profesión o especialidad ESTUDIANTE NATUROPATIA; para la realización del procedimiento

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STANLY ALIBAYAS

C. IDENTIDAD: 17151956-8

Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

P25

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR GEOLÓGICO
 SERVICIO DONDE SE REALIZA EL Curso
 PROCEDIMIENTO
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIMBANA
 ESPECIALIDAD ESTUDIANTE NATUROPATIA
 LUGAR: QUITO
 FECHA: DIA: MES: AÑO: 16-06-2018

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en _____; de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN ASIMBANA, con profesión o especialidad TERAPEUTA; para la realización del procedimiento TUTURA DE JENGIBRE

SI NO _____ he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia
 SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.
 SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre
 SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.
 SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
 SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 C. IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASIMBANA
 C. IDENTIDAD: 171519516-8
 Nº REGISTRO PROFESIONAL: _____

P26

NOMBRE DE LA INSTITUCION INSTITUTO TECNOLÓGICO Superior Escorial
SERVICIO DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO SANGOLQUI
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD STALIN ASIMBAYA
ESPECIALIDAD ESTODIANTE NATJZAPATTA
LUGAR: SANGOLQUI
FECHA: DIA: MES: AÑO: 29-06-2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en CONJUNTO "LOS CAJOS"; de la ciudad de SANGOLQUI; en calidad de paciente X o como representante del paciente _____; autorizo a STALIN ASIMBAYA, con profesión o especialidad TERAPEUTA TINTURA DE JENGIBRE; para la realización del procedimiento

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de jengibre

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: STALIN ASIMBAYA

C. IDENTIDAD: 14 15 19 516 - 8