

Terapia Gerson - Criterios de Elegibilidad



Por favor, llene el siguiente formulario, ya sea que lo imprima, le tome una fotografía o lo escanee a su computadora y lo adjunte por medio de un correo electrónico a drdonato@protonmail.com o envíelo via fax al 888-972-3985. Nota: Este formulario tiene 4 páginas. Gracias.

NOMBRE: FECHA: (MM/DD/AAAA):

NÚMERO DE TELÉFONO:

NÚMERO CELULAR

DIRECCIÓN DE EMAIL (comunicación entre facultativo y cliente):

GÉNERO: FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):

H M

DIAGNÓSTICO MÉDICO (en caso de cáncer, incluya el Estadio; en caso de metástasis, incluya a qué órganos se ha extendido):

Please answer the questions below by selecting 'Yes', 'No', or 'NA' = Not applicable.

- | | | | |
|---|----|----|-----|
| 1. ¿Está usted diagnosticado/a de cáncer o de un tumor benigno que ocupa espacio? | Si | No | N/A |
| 2. ¿Está usted diagnosticado/a de ELA, Parkinson, Alzheimer, Enfisema o Distrofia Muscular? | Si | No | N/A |
| 3. ¿Está usted diagnosticado/a de melanoma con diseminación cerebral? | Si | No | N/A |
| 4. Si tiene usted cáncer de páncreas, ¿ha recibido o piensa recibir quimioterapia? En caso afirmativo, ¿cuántas sesiones? | Si | No | N/A |
| 5. Si está usted diagnosticado/a de cáncer, ¿tiene una herida abierta (supurativa o no) o ulceración de la piel (supurativa o no) relacionada con el tumor? | Si | No | N/A |
| 6. ¿Es usted fumador/a? | Si | No | N/A |
| 7. ¿Ha dejado usted de fumar recientemente (dentro del último año)? | Si | No | N/A |
| 8. ¿Está usted en diálisis renal o ha recibido un trasplante de órgano? | Si | No | N/A |
| 9. ¿Ha recibido o va a recibir un trasplante de células madre? | Si | No | N/A |
| 10. ¿Ha recibido o recibe tratamiento corticoideo (ej. Prednisona) durante más de 3 meses? | Si | No | N/A |
| 11. ¿Puede usted comer normalmente (masticar y tragar, sin necesidad de sonda nasogástrica)? | Si | No | N/A |
| 12. ¿Puede usted beber normalmente (por la boca, sin necesidad de sonda nasogástrica)? | Si | No | N/A |
| 13. ¿Puede usted ir de vientre (defecar) de manera normal (ausencia de obstrucción intestinal ni colostomía)? | Si | No | N/A |
| 14. ¿Puede usted orinar de manera normal (ausencia de insuficiencia renal)? | Si | No | N/A |

15. Si tiene usted cáncer, ¿sigue trabajando?	Si	No	N/A
16. Si usted está trabajando, ¿trabaja en casa?	Si	No	N/A
17. Si tiene usted cáncer, ¿es usted menor de edad (menor de 18 años)?	Si	No	N/A
18. Tiene usted medios económicos para cubrir los gastos de la terapia? (los seguros médicos NO cubren la Terapia Gerson).	Si	No	N/A
19. Tiene usted conexión a internet de alta velocidad (banda ancha) y un ordenador con cámara web (requisito indispensable)? (Nota: todas las consultas se hacen por videoconferencia. No hay necesidad de desplazamiento). Una buena herramienta de video online es Zoom Cloud Meeting – contrate una cuenta gratuita en www.zoom.us).	Si	No	N/A
20. ¿Su pareja y/o familia cercana apoyan su decisión?	Si	No	N/A
21. ¿Tiene usted un médico de cabecera (u oncólogo) dispuesto a prestar apoyo con las necesidades médicas de la terapia (prescripción de medicamentos como hormona tiroidea o vitamina B12 intramuscular y solicitar analíticas y pruebas de imagen tipo TC, RMN, PET/TC, Ecografía o Mamografía cuando sean necesarias)?	Si	No	N/A
22. Si tiene usted cáncer, está dispuesto/a a comprar (o ya ha comprado) un extractor de zumos Norwalk o una versión más barata del mismo (Extractor de zumo Champion + Prensa hidráulica/Juice Press)?	Si	No	N/A
23. He leído el Gerson Basics Manual (u otro material) y comprendo los compromisos que supone seguir la Terapia Gerson.	Si	No	N/A
24. He hablado con el personal del Instituto Gerson (info@gerson.org) sobre la terapia Gerson, he consultado su página web (www.gerson.org) y he recibido respuesta a todas mis preguntas.	Si	No	N/A
25. He leído el libro Gerson Basics Manual o la página web del Instituto Gerson donde se explican las contraindicaciones de la terapia y entiendo qué enfermedades requieren especial precaución y cuáles no responden bien a la Terapia Gerson.	Si	No	N/A
26. He discutido la naturaleza de mi diagnóstico con mi oncólogo o médico especialista y soy absolutamente consciente de la extensión y el estadio de mi enfermedad.	Si	No	N/A
27. He discutido mi pronóstico con mi oncólogo o médico especialista, incluido lo que sucedería si no recibo tratamiento y durante cuánto tiempo no recibo tratamiento.	Si	No	N/A
28. He sido informado/a por mi oncólogo o médico especialista sobre las opciones de tratamiento recomendadas para mi diagnóstico, así como del mejor y peor resultado posible utilizando esos tratamientos estándar.	Si	No	N/A
29. He realizado mi propia investigación sobre mi enfermedad, lo que ha mejorado mi comprensión de mi diagnóstico y mi pronóstico.	Si	No	N/A
30. Soy consciente de que la Terapia Gerson es un programa nutricional diseñado para restaurar la salud y el sistema inmune, y que este proceso requiere tiempo. Entiendo completamente que no hay garantías de que la Terapia Gerson vaya a solucionar por completo mi condición de salud.	Si	No	N/A
31. Comprendo que incluso si sigo la Terapia Gerson completamente y con el asesoramiento de un médico Gerson certificado, puede que mi cuerpo NO RESPONDA a la mejora en la salud o que por motivos desconocidos no me cure completamente de mi enfermedad. Aceptaré la posible consecuencia de AUSENCIA DE MEJORÍA.	Si	No	N/A
32. Soy consciente de que podrían pasar 3-4 meses antes de obtener algún indicio de si la terapia está teniendo un impacto significativo en mi enfermedad. Entiendo que será necesario realizar controles periódicos para valorar si progreso adecuadamente, y que podría suceder que mi médico Gerson certificado recomiende integrar otras maniobras terapéuticas alternativas o convencionales. Nota: es necesario un periodo promedio de 9-12 meses para ver que la enfermedad se ralentiza, se detiene o revierte.	Si	No	N/A
33. Mis expectativas sobre lo que la Terapia Gerson puede conseguir son realistas y sé que mi grado de adherencia al protocolo de tratamiento Gerson que se me prescribe tendrá un gran impacto en las probabilidades de una respuesta favorable a la terapia.	Si	No	N/A

34. Entiendo que cualquier acción que comprometa el seguimiento estricto de la terapia como seguir trabajando (en caso de cáncer) o no contar con apoyo y ayuda en casa, disminuirá las probabilidades de una respuesta favorable y del éxito en alcanzar mi objetivo.	Si	No	N/A
35. Soy consciente de que, aparte de la analítica inicial, continuaré necesitando análisis de sangre regularmente durante el primer año (mensualmente en caso de cáncer) y cada 6-8 semanas durante el segundo año, para que mi médico Gerson certificado pueda monitorear mi respuesta al protocolo de tratamiento y realizar los ajustes necesarios. Puede que también necesite pruebas de imagen (TC, RMN, PET/TC, Ecografía o Mamografía) para constatar los cambios en mis órganos internos respecto al inicio de la terapia.	Si	No	N/A
36. Estoy dispuesto/a a asumir la total responsabilidad de mis decisiones y actos. Soy consciente de la importancia de asumir la responsabilidad personal de seguir la Terapia Gerson correctamente lo mejor que pueda, tal y como la prescriba mi médico Gerson certificado. Entiendo que trabajaré en equipo con mi médico Gerson certificado.	Si	No	N/A
37. Entiendo que el programa de Terapia Gerson en casa supone mucho trabajo y que puede que necesite la ayuda de familiares o terceros (ayuda contratada).	Si	No	N/A
38. Sé que existe un curso en línea llamado Curso en Línea en Español (Gerson Basics Online, en su versión en español) en la página web del Instituto Gerson store.gerson.org al que puedo inscribirme, con consejos y ayuda sobre cómo organizar mi casa y sobre los aspectos más técnicos del programa.	Si	No	N/A
39. También conozco la existencia de los Entrenadores del Hogar Gerson (Gerson-Certified Home Set-up Trainers) cuyos servicios puedo contratar para organizar mi casa y mi cocina del modo más eficiente posible y para que me indiquen e instruyan (a mí y a mis asistentes) sobre el modo más eficiente de realizar la Terapia Gerson en casa. Para saber más sobre este servicio de Entrenadores del Hogar Gerson puede preguntar a su médico Gerson certificado o contactar al Instituto Gerson en www.gerson.org	Si	No	N/A
40. Comprendo que cualquiera de las partes (el médico Gerson certificado, yo mismo o mi representante legal) puede interrumpir o finalizar la colaboración en cualquier momento y por cualquier motivo.	Si	No	N/A
41. Comprendo que soy responsable de mi propia salud y asumo la total responsabilidad de mi elección y mis actos al decidir seguir la Terapia Gerson bajo asesoramiento profesional.	Si	No	N/A
42. Comprendo que si soy pre-aceptado/a para realizar la Terapia Gerson bajo asesoramiento y decido proseguir con el asesoramiento, TODAS las responsabilidades económicas (procedimientos, operaciones, suplementos, equipamiento, comida y servicios empleados) recaen sobre mí.	Si	No	N/A
43. También comprendo que si soy pre-aceptado/a para realizar la Terapia Gerson bajo asesoramiento y decido proseguir con el asesoramiento del médico Gerson certificado, RENUNCIO y EXIMO a mi médico Gerson certificado y/o cualquier institución o parte afiliada de cualquier reclamo responsabilidad o acción legal de cualquier tipo que pueda derivarse de recomendaciones y/o servicios o asesoramiento recibidos puesto que soy plenamente responsable de mi elección y actos.	Si	No	N/A
44. Entiendo y acepto que si se descubriera que no he sido honesto en mis respuestas a cualquiera de las preguntas o declaraciones anteriores (#1-#43), mi médico Gerson certificado tiene derecho a finalizar la supervisión y manejo de mi caso inmediatamente o en una fecha designada de antemano.	Si	No	N/A

45. También entiendo que si se considerase mi comportamiento como coercitivo, difícil, irrespetuoso, realizara comentarios despectivos con la intención de desacreditar a mi médico Gerson certificado (personalmente, públicamente o en redes sociales) durante el transcurso de nuestra colaboración, o si mi médico Gerson certificado así lo percibe o considera, entonces mi médico Gerson tendrá el derecho de revocar y cesar inmediatamente el acuerdo de asesoramiento en la Terapia Gerson.

Si

No

N/A

NOMBRE DEL SOLICITANTE (EN MAYÚSCULAS):

FIRMA DEL SOLICITANTE:
(SE REQUIERE FIRMA MANUSCRITA LEGALMENTE VINCULANTE)

NOMBRE DEL TESTIGO (EN MAYÚSCULAS):

FIRMA DEL TESTIGO (PAREJA, FAMILIAR O PERSONA QUE ACTÚE COMO TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE CON PODER NOTARIAL):

FECHA:

Nota: la devolución de este formulario completo FIRMADO Y FECHADO constituirá un documento legal personalmente completado, revisado y aprobado por el cliente. PUEDE IMPRIMIR EL DOCUMENTO, COMPLETARLO, TOMAR UNA FOTO Y REENVIARLO POR EMAIL, SECURE CLOUD SHARE LINK O FAX.

Antes de ser aceptado, el cliente recibirá un email de FMLogics para finalizar la inscripción (Historia Clínica Integral - Comprehensive Personal History) en una ubicación segura online que cumple con la ley HIPAA. En caso de no utilizar el formulario FMLogics, se le enviará un formulario genérico. Una vez completado, el formulario debe enviarse vía email al **drdonato@protonmail.com**

NOTA: POR FAVOR REGRESE TODAS LAS 4 PAGINAS COMPLETADAS DE ESTE FORMULARIO

Por favor rellene las casillas con la mayor cantidad de información posible. Una vez completado, guarde los cambios y envíe el formulario por email (como documento adjunto) a drdonato@protonmail.com o imprímalo y envíelo por fax al 888-972-3985.

¡Gracias!

Nombre:	Teléfono:	Número Celular:		
Dirección:	Ciudad:	Estado/ Provincia:	Código Postal:	País:
E-mail:	Ocupación:	Fecha de nacimiento:	Género:	
		<input type="text"/>	Hombre Mujer	

Por favor, conteste a las siguientes preguntas sobre su diagnóstico.

Diagnóstico:	Fecha del diagnóstico inicial:
	<input type="text"/>

En caso de cáncer.

Tipo de cáncer:	Ubicación de:	
Estadio:	Grado (si es conocido):	Localización de las metástasis (si existen):

En caso de cáncer de mama, por favor facilite la siguiente información.

Receptores:	Marcadores Genéticos:			
ER+	ER-	PR+	BRAC I	BRAC II
PR-	HER2/neu+	HER2/neu-		
Tipo:				
Intraductal	Intraductal (CDIS)	Intralobulillar	Intralobulillar (CLIS)	
Inflamatorio				
Otras				

¿Se le realizó alguna de estas pruebas para el diagnóstico de la enfermedad? (adjunte una copia del reporte médico).

RMN	TAC/scanner	Ecografía	PET/CT	RX - Radiografías
Otras				

Por favor indique cualquier tratamiento pasado o actual que haya recibido para su enfermedad y añada la información necesaria.

Cirugía

Sí No

Nº de veces:

Fecha:

Descripción:

Quimioterapia

Sí No

Nº de veces:

Fecha:

Descripción:

Radioterapia

Sí No

Nº de veces:

Fecha:

Descripción:

Terapia hormonal

Sí No

Nº de veces:

Fecha:

Descripción:

Otros, por favor explique:

¿Hubo recurrencia/recaída de la enfermedad luego del tratamiento?

Sí No

En caso afirmativo, por favor describa:

Describa el tratamiento (si hubo alguno) recibido para la recurrencia:

Por favor, describa su estado actual:

Por favor, elija la afirmación que mejor describa su estado de salud según el Índice de Karnofsky.

Descripción:

Normal. Sin quejas, sin evidencia de enfermedad (100%)

Capaz de mantener una actividad normal, mínimos signos o síntomas de enfermedad (90%)

Actividad normal con algún esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad (80%)

Cuida de sí mismo, incapaz de mantener una actividad normal o trabajar (70%)

Requiere asistencia ocasional pero es capaz de atender por sí mismo la mayor parte de sus necesidades personales (60%)

Requiere una asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes (50%)

Discapacitado. Requiere cuidados especiales (40%)

Gravemente discapacitado. Requiere ingreso hospitalario, aunque sin riesgo de muerte inminente (30%)

Muy enfermo. Necesita hospitalización, requiere tratamiento de soporte activo (20%)

Moribundo. El desenlace fatal se acerca rápidamente (10%)