OPTAVIA®

EVALUACIÓN DE SALUD: PRESENTACIONES Y ESTABLECIMIENTO DE EXPECTATIVAS PARA LA REUNIÓN

Nota: Todo el texto en *"itálica"* debe leerse a los Clientes en voz alta.

NOMBRE: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE:	MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO:	NÚMERO DE TELÉFONO:

Es un placer hablar con usted hoy y me entusiasma ver si puedo ayudarle con sus metas. Antes de que podamos determinar si uno de nuestros programas es adecuado para usted, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted y sus metas de salud. ¿Le parece bien?

PASO 1: DESPERTAR

1 *Me gustaría escuchar qué quisiera lograr con su salud. (Pérdida de peso, mejora del sueño, mejor respuesta al estrés, etc.)*

2 *¿Cuál es su principal motivación para querer hacer cambios en su salud? (Relaciones, actividades, cómo se sentirá, etc.)*

3 *¿Puede contarme sobre algún momento en su vida en el que estaba más saludable? ¿Qué ha cambiado entre ese momento y el presente?*

4 *Cuénteme sobre su salud:*
¿Tiene alguna alergia o afección médica que podría influir en el programa que elijamos? *

*Recordatorio: Recomendamos que los Clientes se comuniquen con su proveedor de salud antes de comenzar y durante todo el proceso de pérdida de peso.

5 *¿Está embarazada?* ◯ SÍ ◯ NO *¿Está amamantando?* ◯ SÍ ◯ NO *Si la respuesta es sí, ¿qué edad tiene su bebé?* _____

6 *¿Está tomando algún medicamento para?:*

- ◯ *Diabetes*
- ◯ *Presión arterial alta*
- ◯ *Litio**
- ◯ *Tiroides†*
- ◯ *Coumadin (Warfarina)‡*
- ◯ *Otros medicamentos:*

_____

_____

_____

7 *¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?:*

- ◯ *Presión arterial alta*
- ◯ *Diabetes tipo I*
- ◯ *Diabetes tipo II*
- ◯ *Gota*
- ◯ *Intolerancia o sensibilidad al gluten*
- ◯ *Alergia o intolerancia a la soya*
- ◯ *Alergias alimentarias*
- ◯ *Otro*

_____

*__Litio:__ El proveedor de salud puede querer modificar la frecuencia de los análisis de laboratorio para controlar al Cliente.
†__Medicamentos para la tiroides:__ Es posible que el proveedor de salud desee controlar los niveles de hormona tiroidea mientras el Cliente está en el programa y ajustar la medicación.
‡__Coumadin (Warfarina):__ Es posible que el proveedor de salud desee revisar las opciones de alimentos, realizar análisis de laboratorio y/o ajustar la medicación.

8 *Ahora que ha compartido algunos de sus objetivos de salud actuales, quiero darle una idea rápida de lo que es posible.*

Comparta SU historia (o la de otra persona). Tómese 90 segundos o menos para compartir las partes de su historia o de la historia de un Cliente que hará conexión con esta persona.

Recuerde: Si un Cliente responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas de la izquierda, consulte las Guion para compartir sobre las pautas de evaluación de salud: consideraciones del programa de OPTAVIA antes de sugerir un programa.

PASO 2: RUTINA Y HÁBITOS DIARIOS _____

SUEÑO Y ENERGÍA

¿Cuántas horas duerme en una noche típica? _____
¿Cómo describiría la calidad de su sueño? _____
En una escala del 1 al 10, ¿cuál es su nivel de energía a lo largo del día? _____

MOVIMIENTO

¿Cómo describiría la cantidad y la calidad de la actividad que realiza cada semana? _____
¿Cuántas horas al día permanece sentado? _____
¿Cuántos días a la semana hace ejercicio? (0 - 7 días) _____
¿Qué tipos de actividad física disfruta? _____

MENTALIDAD

En una escala del 1 al 10, ¿cuán satisfecho está? _____
En una escala del 1 al 10, ¿cuánto se preocupa? _____
¿Qué área de su vida tiende a ser la más estresante para usted?
_____
¿En qué trabaja? _____
En una escala del 1 al 10, ¿cuánto disfruta de lo que hace? _____

ALIMENTOS E HIDRATACIÓN

¿Cuántas comidas y refrigerios hace por día? _____
¿Cuándo come su primera comida del día? _____
¿Cuántas veces por semana come afuera? ¿Y dónde? _____
_____
¿Cuántas onzas de agua bebe por día? _____
¿Toma otras bebidas? Café, gaseosas, alcohol, té, etc.
Si es así, ¿con qué frecuencia y cuánto? _____
_____

GESTIÓN DEL PESO

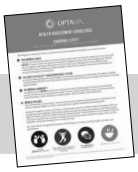
¿Se siente cómodo cuando dice su edad? _____
¿Qué altura tiene? _____
¿Cuánto pesa actualmente? _____
¿Cuál consideraría que es un peso saludable para usted? _____
¿Ha intentado bajar de peso en el pasado? _____
¿Qué parte de perder y mantener el peso ha sido difícil para usted? _____

ENTORNO

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan saludable calificaría su entorno? (¿Esta persona tiene amigos saludables y activos, familia que le brinda apoyo, tiene comida chatarra en la casa, etc.?) _____

¿Hay alguien en su vida que quisiera estar saludable con usted?

¿Hay algo más que crea que debería saber sobre su salud?



Gracias por compartir, ahora me gustaría decirle cómo nuestro programa podría ayudarle a alcanzar sus metas.

PRÓXIMOS PASOS: Consulte las '**Guion para compartir sobre las pautas de evaluación de salud**'

INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO DEL CLIENTE:

¿CÓMO NOS REUNIMOS?	
PROSPECTO:	RECOMENDACIÓN DE:

PESO INICIAL:

SEXO:		EDAD:	
PESO ACTUAL:		IMC ACTUAL:	
PESO DESEADO:		IMC DESEADO:	
RANGO DE PESO SALUDABLE:			
FECHA DE LA EVALUACIÓN DE SALUD:			
FECHA DEL PEDIDO:		FECHA DE INICIO:	

DIRECCIÓN:	
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:	
ZONA HORARIA:	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA COACHES:

- ◯ RECOMENDAR AL CLIENTE CONSULTAR A SU PROVEEDOR DE SALUD ANTES DE COMENZAR UN PROGRAMA DE **OPTA**VIA.
- ◯ CONFIRMAR LA RECEPCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO DE BIENVENIDA DEL CLIENTE (ANTES Y DESPUÉS, SUS MEDIDAS Y GUÍA).
- ◯ ENVIAR UNA SOLICITUD DE AMISTAD A TRAVÉS DE FACEBOOK O AGREGAR AL GRUPO DE APOYO DE FACEBOOK Y DARLES LA BIENVENIDA.
- ◯ ENVIAR EL VIDEO DE INICIO DEL TRAYECTO Y CONFIRMAR QUE HAYA VISTO EL VIDEO ANTES DE TENER UNA BREVE CONVERSACIÓN ACERCA DE LA NOCHE ANTERIOR.
- ◯ AGREGAR AL CLIENTE AL BOLETÍN.
- ◯ CONFIGURAR MENSAJES DE APOYO DIARIOS (VIRTUALES O DE TEXTO). INVITAR A LLAMADAS DE APOYO.
- ◯ ENSEÑAR AL CLIENTE CÓMO RECOMENDAR A OTROS.
- ◯ ENVIAR UN VIDEO DE PEDIDO DE **OPTA**VIA PREMIER CUANDO RECIBA UN RECORDATORIO POR CORREO ELECTRÓNICO DE 7 DÍAS.

CONSEJOS PARA COACHES:

A medida que su Cliente comienza su trayecto hacia un bienestar óptimo, puede sentirse hambriento, cansado o irritable mientras su cuerpo se adapta a una nueva forma de comer. Al ingerir un nivel de calorías más bajo y adaptarse a los cambios en la dieta, algunas personas pueden experimentar vahídos temporales, mareos o problemas gastrointestinales.

Aquí le presentamos algunos consejos adicionales para que el período en que su Cliente queme grasas sea más fácil.

Puede recordarle que:

- Se mantenga hidratado con agua.*
- Considere elegir una fecha de inicio en la que no tenga ningún evento social centrado en la comida.
- Se mantenga ocupado.
- Aborde su trayecto hacia la salud, un día a la vez.
- Abra *Your LifeBook*, le ponga su nombre y lea la introducción, una vez que se encuentre en el estado de quema de grasas.
- Evite las tentaciones y se mantenga enfocado en sus metas de salud.
- Beba 1 taza de caldo o coma 2 pepinillos en vinagre con eneldo (según sea necesario en los primeros días). **Si el Cliente no tiene restricciones de sodio.**
- Espere a comenzar a hacer ejercicio durante 2 a 3 semanas con el Optimal Weight 5 & 1 Plan®. **Le recomendamos que consulte siempre a su médico antes de comenzar cualquier programa de ejercicios.**

*Recomendamos beber 64 oz de agua por día. Consulte a su proveedor de salud antes de cambiar la cantidad de agua que bebe, ya que puede afectar ciertas condiciones de salud y algunos medicamentos.

EVALUACIÓN DE SALUD: REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE CLIENTES

¡Asegúrese de llamar a su Cliente durante la primera semana según el horario a continuación!

RECUERDE CONTINUAR CON LOS CONTROLES DE SU CLIENTE DESDE EL DÍA 7 EN ADELANTE _____

Utilice las siguientes páginas para continuar con sus seguimientos. Confirme un día de control semanal. ◯ D ◯ L ◯ M ◯ M ◯ J ◯ V ◯ S

Pregúntele: *¿Ha compartido su éxito con alguien? ¿La gente le pregunta sobre su transformación? Si eso pasa, puede recomendarme a esas personas y recibir una "X" (si decide hacer un programa de recomendación por su cuenta para agradecer a las personas por las recomendaciones, hable con su Business Coach [Asesor de negocios]). O bien, debido a que la gente a menudo prefiere ser orientada por sus amigos y familiares, es posible que desee considerar orientarlos usted mismo. Un porcentaje significativo de nuestros Coaches fueron primero Clientes que luego decidieron "continuar la cadena de favores".*

	FECHA	NOTAS:
SEGUIMIENTO INICIAL DEL TRAYECTO		
SEGUIMIENTO DEL PRIMER DÍA		
SEGUIMIENTO DEL DÍA DOS		
SEGUIMIENTO DEL DÍA TRES		
SEGUIMIENTO DEL DÍA CUATRO		
SEGUIMIENTO DEL DÍA SIETE		

CONSEJOS PARA TRABAJAR CON NUEVOS CLIENTES:

1. Coloque la Evaluación de Salud que completó sobre el Cliente en la **Sección 2, carpeta "Nuevos Clientes".**
2. Asegúrese de hacer los seguimientos semanales a sus Clientes Nuevos, analice su Evaluación de Salud con ellos y tome nota de su progreso.
3. Establezca un día de apoyo a los Clientes durante la semana y dirija a todos los Clientes de la semana 1 al horario de ese día hacia adelante.
4. Una vez que un Cliente ha estado en su programa durante un mes, diríjalo a la carpeta **Sección 3: "Clientes Activos".**

SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 2		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 3		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 4		
SEGUIMIENTO		

	FECHA:	NOTAS:
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 5		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 6		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 7		
CONTROL		
CONTROL DE LA SEMANA 8		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 9		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 10		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 11		
SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO DE LA SEMANA 12		
SEGUIMIENTO		

CONTINUAR CON LOS SEGUIMIENTOS DE SUS CLIENTES ACTIVOS PARA AYUDARLOS EN SU TRAYECTO A TRAVÉS DE NUESTRO SISTEMA TRANSFORMACIONAL DE HÁBITOS DE SALUD.

© 2024 **OPTA**VIA LLC. Todos los derechos reservados.