



## TERMINOS Y CONDICIONES

El Programa B15 está diseñado como una guía para mejorar hábitos alimenticios y de salud digestiva. El Programa B15 es un tratamiento coadyuvante, no reemplaza tus tratamientos médicos, ni las consultas con tu médico de cabecera. Si tienes algún problema de salud, te recomendamos que consultes a un médico y te hagas estudios, y recién después realices un reseteo intestinal. Antes de participar, es esencial que leas y comprendas las condiciones, recomendaciones y advertencias relacionadas con su ejecución.

Declaro que he leído, comprendido y evacuado dudas respecto del Programa B15 y que me han sido explicados en lenguaje claro y comprensible los alcances, objetivos, beneficios esperados, riesgos, molestias y efectos adversos previsibles en su ejecución como dolores de cabeza o dolores de articulaciones (crisis curativa). En tal sentido, he accedido a información escrita explicativa del Programa B15 en el sitio web [www.drfacundopereyra.com](http://www.drfacundopereyra.com) (Documento: Introducción al Programa B15), interpretando debidamente la misma y los riesgos que conlleva realizar el Programa B15, comprendiendo que los resultados del Programa B15 dependen de cada persona, y su situación particular.

Declaro que he sido informado/a que para poder realizar el Programa B15 es necesario hacer una previa evaluación clínica de laboratorio y estudios, realizado por un médico, para descartar causas orgánicas de los síntomas por los cuales comienzo dicho programa. Declaro que he sido informada/o y que he comprendido que una de cada quinientas personas que realizan el Programa B15 puede percibir una desmejora en su estado general de salud

Declaro que he sido informada/o y que comprendo que tres de cada diez personas pueden experimentar transitoriamente un agravamiento de sus síntomas durante los primeros días del Programa B15, incluyendo cefaleas severas y cansancio, debido a la SUSPENSIÓN SÚBITA DE GLUTEN, AZÚCAR, LÁCTEOS, CAFÉ y MATE (llamada "CRISIS CURATIVA" en Programa B15). Por este motivo se me ha recomendado e informado que al menos 3 días antes de comenzar el programa B15, se sugiere disminuir gradualmente el consumo de éstos alimentos e infusiones.

Declaro que he sido informado que los programas que incluyen acompañamiento por facilitadoras, estas brindaran solo respuestas de asesoramiento sobre el programa para para orientación sobre los pasos a seguir y dudas pertinentes a la alimentación durante el programa y responderán sólo en los horarios de atención.

Declaro que he sido informado que los programas que incluyen acompañamiento por médicos, estos brindaran solo consejos médicos generales para mejorar las posibles "crisis curativas" y como apoyo luego del día 10 si no mejoraron los síntomas durante la vigencia del programa. Estos consejos no deben reemplazar a la consulta con el médico de cabecera de cada persona.

Reconozco y acepto que he sido informada/o que antes de comenzar con el Programa B15 debo analizar y evaluar con un médico las siguientes cuestiones:

- Condiciones médicas preexistentes que puedan complicarse con cambios alimenticios.
- Dudas sobre cómo el programa puede afectar tu salud física o mental.

Reconozco y acepto que he sido informada/o que antes de comenzar con el Programa B15 que NO ES RECOMENDABLE Y NO DEBO realizar el Programa B15 si se encuentran presentes las mismas:

- Tienes antecedentes de trastornos alimenticios como anorexia, bulimia u ortorexia, ya que el enfoque restrictivo podría agravar estas condiciones.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo



- Tu peso está por debajo del rango saludable para tu edad y estatura (IMC de bajo peso o desnutrición).
- Presentas trastornos psiquiátricos descompensados con diagnóstico previo como depresión severa, ansiedad severa o insomnio severo sin tratamiento médico.
- Presentas diabetes con glucemias descompensadas (Hipo/Hiperglucemias)

Reconozco y acepto que he sido informada/o que PUEDO hacer el Programa B15 SOLO CON EL CONSENTIMIENTO MÉDICO en caso de las siguientes situaciones:

- Embarazo
- Periodo de lactancia

Reconozco y acepto que he sido informada/o que antes de comenzar con el Programa B15 DEBO REALIZAR PREVIAMENTE, DURANTE EL PROGRAMA o HASTA 15 DÍAS POSTERIORES UN TEST DE CELIAQUÍA si padecí o padezco de algunas de las siguientes cuestiones (ya que cambios en tu dieta podrían dificultar el diagnóstico posterior) :

- Antecedentes familiares de celiaquía o sospechas de celiaquía.
- Síntomas persistentes como diarrea, dolor abdominal, fatiga crónica o anemia inexplicada.
- Cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación:
  - Antecedentes familiares de primer grado de enfermedad celíaca;
  - Síntomas de tipo Síndrome de Intestino Irritable con diarrea o alternante;
  - Neuropatía Periférica;
  - Dermatitis Herpetiforme;
  - Enfermedad inflamatoria intestinal;
  - Anemia Ferropénica;
  - Diarrea crónica;
  - Artritis no caracterizada;
  - Estomatitis aftoide recurrente;
  - Pancreatitis crónica;
  - Déficit de IgA Sérica;
  - Distensión abdominal crónica;
  - Síntomas relacionados con gases;
  - Pubertad retardada;
  - Hepatitis autoinmune;
  - Psoriasis
  - Malnutrición/déficit de minerales-vitaminas (vitamina d, b12, b6, folato, zinc, selenio, calcio);
  - Linfoma o adenocarcinoma de intestino delgado;
  - Menopausia precoz;
  - Tiroiditis de Hashimoto;
  - Diabetes Mellitus Tipo 1;
  - Pérdida de peso no explicada;
  - Osteoporosis (sobre todo fuera de menopausia);
  - Abortos espontáneos;
  - Artritis Reumatoidea CBP;
  - Esteatorrea Alteración no explicada de hepatograma;
  - Infertilidad no explicada;
  - Nefropatía por IgA;
  - Síndrome de Turner.



Reconozco y acepto que he sido informada/o antes de realizar la compra sobre Programa B15 sobre las siguientes políticas de devoluciones y cambios.

**DEVOLUCIONES:** El usuario que habiendo recibido el material solicitara la baja del programa con anterioridad a su inicio, podría reclamar el reintegro del 20% del importe efectivamente abonado. Luego de iniciados los programas, no se admitirán devoluciones. Se debe solicitar el reembolso al contact center completando los datos necesarios, se responderá a la solicitud en 48hs hábiles y el reintegro se realizará hasta los 30 días corridos desde la confirmación de solicitud.

**CAMBIOS DE FECHA o MODALIDADES:** No se realizarán solicitudes de cambios una vez realizada la compra, ya sea en modalidad autogestiva o modalidades con acompañamiento de facilitadoras con supervisión médica..

**PROMOCIONES:** Las promociones no admiten cambios de fecha o modalidad, para obtener el descuento se debe aplicar el código recibido en el proceso de compra y validar el descuento en el precio antes de continuar la ejecución del pago. Todas las promociones están sujetas a fechas de vigencia publicadas o hasta agotar cupos. Las devoluciones será proporcional al descuento obtenido (por ejemplo: si abono una promo con 50%off la devolución será del 10%)

#### DECLARACIÓN DE USO RESPONSABLE Y CONFIDENCIALIDAD DE MATERIAL PROFESIONAL

Por medio de la presente, declaro que el material profesional que me ha sido entregado o compartido, ya sea en formato digital o físico, tiene fines exclusivamente personales, y no será reenviado, reproducido, distribuido ni compartido con terceros sin la debida autorización por escrito del autor o responsable del contenido.

Reconozco que dicho material contiene información técnica y especializada que requiere supervisión médica o profesional adecuada para su correcta interpretación y aplicación. La divulgación, distribución o uso inapropiado del mismo podría conllevar riesgos para la salud de otras personas y se considera un uso indebido de información confidencial.

Asimismo, entiendo que compartir, reenviar o copiar este contenido sin autorización puede constituir una falta ética y/o una acción legalmente punible, por violación a derechos de autor y uso indebido de material sanitario o terapéutico.

Me comprometo a utilizar este contenido con responsabilidad y en el marco de la indicación profesional correspondiente.

Presto mi conformidad libre y voluntaria para participar en el denominado "Programa Bienestar en 15 días" (Programa B15) a cargo del Dr. Facundo Pereyra, a través del material adquirido y plataformas digitales aranceladas a tal fin. Declaro que he sido debidamente informado/a que el consentimiento que por este acto emito es revocable hasta el momento que se inicie mi participación en el Programa B15 y que puedo abandonarlo en cualquier momento. Reconozco que he sido acompañado/a en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprendo perfectamente su contenido, que estoy satisfecho/a por la información recibida, que han sido evacuadas mis dudas y que he podido tomar una decisión respecto del Programa B15 y de los procedimientos que se realizarán en el marco de este.

