

HISTORIA PERSONAL

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN: _____ APT: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

TELÉFONO DE CELLULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ ESTADO CIVIL: S C D SEXO: M F

NOMBRE DE TRABAJO: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿COMO FUE REFERIDO A NUESTRA CLINICA?: _____

HISTORIA DE SALUD

ALGUNA VES HA SIDO TRATADO POR UN QUIROPRÁCTICO ANTES: SÍ NO

CUAL ES SU MAYOR QUEJA (DOLOR): _____

¿ES RELACIÓN CON UN ACCIDENTE O CAÍDA? SÍ NO Y SÍ, ¿CUANDO? _____ / _____ / _____

¿HA VISTO A OTRO DOCTOR O ESPECIALISTA POR ESTE MISMO PROBLEMA? SÍ NO

¿ESTA CONDICIÓN SÉ ESTA PONIENDO PEOR? SÍ NO

ESTA CONDICIÓN INTERFIERE CON SU: TRABAJO SUENO COMIDAS RUTINA DIARIA

¿USTED HA TENIDO ESTA CONDICIÓN O SIMILARES CONDICIONES EN EL PASADO? SÍ NO

¿Y SÍ, EXPLIQUE POR QUE? _____

POR FAVOR LISTE CIRUGÍAS MAYORES: _____

¿HUESOS QUEBRADOS? NO SÍ: _____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER CLASE DE MEDICINA QUE ESTE TOMANDO: _____

¿QUE CLASE DE RUTINA DE EJERCICIO TIENE USTED? _____

USTED HA TENIDO ALGUNA O CUALQUIER ENFERMEDAD / CONDICIÓN MÉDICA:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS LA RABADILLA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON EL CORAZÓN |
| <input type="checkbox"/> CONGÉNITO DEFECTO EN EL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> CIRUGÍAS DE CORAZÓN | <input type="checkbox"/> ERUPCIÓN EN LA PIEL |
| <input type="checkbox"/> HIV / SIDA | <input type="checkbox"/> ENFISEMA / GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> HEMATOMA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO | <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN | <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO |
| <input type="checkbox"/> ALTA O BAJA PRESIÓN | <input type="checkbox"/> VENAS VARICOSAS | <input type="checkbox"/> CÁNCER |
| <input type="checkbox"/> FRECUENTE DOLOR DE CABEZA | <input type="checkbox"/> FATIGA CRÓNICA | <input type="checkbox"/> ANEMIA |
| <input type="checkbox"/> MAREO | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> ULCERAS |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE PIERNA | <input type="checkbox"/> PROBLEMA CON EL RIÑÓN | <input type="checkbox"/> ASMA |
| <input type="checkbox"/> SOBREVIVIENTE DE ABUSO | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE ALERGIA | <input type="checkbox"/> ARTRITIS |
| <input type="checkbox"/> DESMAYÓ ATAQUE DE EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> FALTA DE AIRE | <input type="checkbox"/> CÓLICOS |
| <input type="checkbox"/> DIABETES / TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> HUESOS ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> RONCHAS |