

# HISTORIAL (CONFIDENCIAL)

Querido Paciente: Complete este formulario, por favor. Sus repuestas nos ayudarán en determinar si la quiropráctica puede ayudarle. Si nosotros sinceramente no creemos que su padecimiento responderá satisfactoriamente, nosotros no aceptaremos su caso. GRACIAS.

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono en su trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de hijos \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de la seguridad social \_\_\_\_\_

¿Quién va a pagar esta cuenta? \_\_\_\_\_ Recomendado por \_\_\_\_\_

Ponga una cruz en el cuadro, por favor, con el correspondiente síntoma que usted ahora tenga o haya tenido previamente. Queremos saber todos los datos sobre su salud antes de que aceptemos su caso, ESTE EN UN INFORME CONFIDENCIAL DE SALUD.

**D - DE VEZ EN CUANDO**  
**F - FRECUENTEMENTE**  
**C - CONSTANTAMENTE**

**D F C**

**GENERAL**

- Alergia
- Escalofríos
- Convulsiones
- Mareos
- Desmayos
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo/depresión
- Neuralgia
- Entumecimientos
- Sudores
- Temblores

**MÚSCULOS Y ARTICULACIONES**

- Artritis
- Bursitis
- Problemas en los pies
- Hernia
- Dolores en la parte baja de la espalda
- Lumbago
- Dolor de cuello o torticolis
- Dolor entre los hombros
- Dolor o entumecimiento en:
- Hombros
- Brazos
- Codos
- Manos
- Caderas
- Piernas
- Rodillas
- Pies
- Dolor en la rabadilla
- Mala postura
- Ciática
- Desviación de la espina dorsal
- Articulaciones inflamadas

**D F C**

**GASTRO—INTESTINAL**

- Eruptos o gases
- Colitis
- Problemas en el colon
- Estreñimiento
- Diarrea
- Digestión difícil
- Abdomen distendido
- Hambre frecuente
- Problemas en la vesícula
- Hemorroides
- Lombrices intestinales
- Ictericia
- Problemas en el hígado
- Náuseas
- Dolores de estómago
- Poco apetito
- Vómitos
- Vómitos de sangre

**OJOS, OÍDOS,  
 NARIZ Y GARGANTA**

- Asma
- Resfriados
- Ojos bizcos
- Sordera
- Caries dentales
- Dolor de oídos
- Supuración de oídos
- Zumbidos en los oídos
- Glándulas inflamadas
- Tiroides inflamados
- Dolor de ojos
- Falta de vista
- Presbicia
- Problemas en las encías
- Fiebre del heno
- Ronquera
- Narices tapadas
- Miopia
- Narices que sangran
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Amigdalitis

**D F C**

**CARDIO-VASCULAR**

- Arteriosclerosis
- Presión alta
- Presión baja
- Dolor en el corazón
- Poca circulación
- Pulso rápido
- Pulso lento
- Tobillos hinchados

**RESPIRATORIO**

- Dolores en el pecho
- Tos crónica
- Dificultad al respirar
- Sangre en los esputos
- Flema en los esputos
- Resuellos ruidosos

**PIEL**

- Granos de pus
- Cardenales frecuentes
- Sequedad
- Urticaria o alergia
- Picores
- Erupción (salpullido)
- Venas varicosas

**GENITO-URINARIO**

- Se orina en la cama
- Sangre en la orina
- Orina frecuente
- Incapacidad de controlar los riñones
- Infección del riñón o piedras
- Orina dolorosa
- Problemas en la próstata
- Pus en la orina

**PARA MUJERES**

- Pechos congestionados
- Calambres o dolor de espalda
- Derrame excesivo
- Calores
- Menstruación irregular
- Bultos en los senos
- Síntomas de menapausia
- Menstruación dolorosa
- Derrame vaginal

**MARQUE SI HA TENIDO LO SIGUIENTE:**

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo       | <input type="checkbox"/> Llagas en los labios   | <input type="checkbox"/> Bocio                   | <input type="checkbox"/> Abortos             | <input type="checkbox"/> Escarlatina           |
| <input type="checkbox"/> Anemia            | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Gota                    | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Apoplejía             |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis       | <input type="checkbox"/> Difteria               | <input type="checkbox"/> Enfermedades de corazón | <input type="checkbox"/> Paperas             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis  | <input type="checkbox"/> Eczema                 | <input type="checkbox"/> Influenza (Gripe)       | <input type="checkbox"/> Pleuresia           | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea       |
| <input type="checkbox"/> Artritis          | <input type="checkbox"/> Enfisema               | <input type="checkbox"/> Lumbago                 | <input type="checkbox"/> Neumonía (Pulmonía) | <input type="checkbox"/> Úlceras               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer            | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Malaria (Paludismo)     | <input type="checkbox"/> Polio               | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Baile de San Vito | <input type="checkbox"/> Ampollas en los labios | <input type="checkbox"/> Rubeola                 | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática    | <input type="checkbox"/> Tos ferina            |

¿Ha estado asistido por un quiropráctico antes? \_\_\_\_\_ Si afirmativo, ponga la fecha \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico y de accidente? \_\_\_\_\_ Si afirmativo, qué compañía? \_\_\_\_\_

¿Es debido a un accidente laboral?  Sí  No

(Por favor, siga a la vuelta)

