

Historial de salud pasado

¿Alguna vez te ha visto un cuidado quiropráctico antes? • No/ Sí - Mismo problema, problema diferente (Explicar)

¿Cuándo fue su último ajuste # ____ (Días, Semanas, Mes, Años) Dr.? _____

Su ocupación / Tipo de actividad de trabajo: _____

Actividad laboral: ¿Trabajo en la oficina # ____ horas sentadas al día? • Trabajo físico - Luz - Moderada - Pesado

¿Este problema afecta tu capacidad para trabajar, hacer ejercicio o realizar tus actividades normales de la vida diaria?

No/ Sí - Puedo hacer con molestia leve, puedo hacer, pero duele, no puedo hacerlo (demasiado dolor)

• Otro (explique)

¿Alguna significativa lesiones pasadas / accidentes / caídas? • No/ Sí (explique)

¿Cirugía? ¿No es así (explicar)?

¿Medicación actual? • No/ -Sí (Explicar)

¿Rayos X recientes, resonancia magnética, tomografía computarizada u otros estudios de diagnóstico? • No/ - Sí (explique)

Por favor, marque todos los que correspondan: (C - Corriente, P - Pasado)

<p>C / P</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> /o Fatiga suprarrenal <input type="radio"/> /o Insomnio <input type="radio"/> /o Jaquecas <input type="radio"/> /o Tiroides: • Hypo -Hyper <input type="radio"/> /o Bocio <input type="radio"/> /o Depresión <input type="radio"/> /o Fibromialgia <input type="radio"/> /o Disparos de alergia <input type="radio"/> /o Anemia <input type="radio"/> /o Bronquitis <input type="radio"/> /o Asma/ Enfisema <input type="radio"/> /o Neumonía <input type="radio"/> /o Lumps de pecho <input type="radio"/> /o Cáncer _____ <input type="radio"/> /o Cataratas / Glaucoma <input type="radio"/> /o Pinched Nerve <input type="radio"/> /o Hernia de disco <input type="radio"/> /o enfermedad cardíaca <input type="radio"/> /o Colesterol alto <input type="radio"/> /o Azúcar en la sangre alta 	<p>C / P</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> /o Presión arterial alta <input type="radio"/> /o Triglicéridos altos <input type="radio"/> /o Enfermedad de las arterias coronarias <input type="radio"/> /o Aterosclerosis <input type="radio"/> /o Marcapasos <input type="radio"/> /o Golpe <input type="radio"/> /o Hipoglucemia <input type="radio"/> /o Resistencia a la insulina <input type="radio"/> /o Diabetes Tipo _____ <input type="radio"/> /o Obesidad Central <input type="radio"/> /o Síndico metabólico/Síndrome X <input type="radio"/> /o IBS (Síndrome del intestino irritable) <input type="radio"/> /o Enfermedad de Crohn <input type="radio"/> /o Enfermedad de los riñones / piedras <input type="radio"/> /o Enfermedad hepática <input type="radio"/> /o Enfermedad de la vesícula biliar / Piedras <input type="radio"/> /o Esclerosis múltiple <input type="radio"/> /o VIH/SIDA <input type="radio"/> /o Limes Disease <input type="radio"/> /o Herpes 	<p>C / P</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> /o Varicela <input type="radio"/> /o Hepatitis _____ <input type="radio"/> /o Paperas <input type="radio"/> /o Sarampión <input type="radio"/> /o Osteoartritis <input type="radio"/> /o Artritis reumatoide <input type="radio"/> /o Gusto <input type="radio"/> /o Osteoporosis <input type="radio"/> /o Enfermedad de Parkinson <input type="radio"/> /o PCOS <input type="radio"/> /o Fiebre reumática <input type="radio"/> /o Escarlatina <input type="radio"/> /o Tuberculosis (TB) <input type="radio"/> /o Úlceras <input type="radio"/> /o Enfermedad de la vesícula biliar / Piedras <input type="radio"/> /o Esclerosis múltiple <input type="radio"/> /o VIH/SIDA <input type="radio"/> /o Enfermedad de Limes <input type="radio"/> /o Herpes
--	--	---

¿Algún otro problema de salud? • No/ - Sí (explique)

¿Historia familiar o enfermedad? • No/ - Sí (explique)

Nuestra Política Financiera

Firma del Paciente/Padre/Tutor _____ Date _____