



Centro Quiropráctico Cartagena

Nombre..... Edad..... Fecha de nacimiento.....
Dirección..... Ciudad.....
Provincia..... Código Postal..... Teléfono de casa.....
Teléfono del trabajo..... Móvil..... Profesión.....
Email..... ¿Tiene hijos?..... Edades de los hijos.....
Estado: Soltero Casado Divorciado Viudo

¿A quién le agradecemos que le haya recomendado a nuestra consulta?

¿Cuál es el motivo de venir al centro?.....
¿Ha visitado alguna vez un quiropráctico?.....
¿Practica deporte asiduamente? ¿De qué tipo?.....

ESTRÉS FÍSICO:

¿Ha tenido algún accidente?..... ¿Cuándo?.....
¿Ha sufrido alguna operación?..... ¿Cuándo?.....

Durante el día está: Sentado, de pie, conduciendo, estresante, con ordenador, haciendo trabajo manual, repetición de movimiento, esfuerzo.

ESTRÉS QUÍMICO:

¿Cómo describe usted su dieta? Marque su nivel de ingesta.

N: Ninguna, P: Poca, M: Moderada, A: Alta.

| | N | P | M | A | | N | P | M | A |
|--------------------------------|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|
| Frutas y verduras | | | | | Tabaco | | | | |
| Lácteos (leche, yogurt, queso) | | | | | Azúcares (dulces, helados) | | | | |
| Pan, cereales, bocadillos | | | | | Bebidas gaseosas | | | | |
| Carne | | | | | Café | | | | |
| Pescado | | | | | Alcohol | | | | |
| Pasta, pizza | | | | | Agua | | | | |

Anote los medicamentos que toma y para qué son:

ESTRÉS EMOCIONAL

Por favor, señale las áreas donde tenga o haya tenido estrés:

Trabajo Pérdida de un ser querido Enfermedad Relaciones Otras

| Sistema Nervio-muscular |
|-----------------------------|
| Dolor de Cabeza |
| Cuello / Tortícolis |
| Entre los hombros |
| Hombro, codo, brazo, muñeca |
| Muslo, pantorrilla, nalgas |
| Rodillas, tobillos |
| Fracturas ¿dónde? |
| Latigazo |
| Osteoporosis |
| Reumatismo |
| Tendinitis |
| Rigidez, músculos tensos |
| Zona lumbar |
| Problema al andar |
| Hernia discal |
| Ciática |

| Sistema gastro-intestinal |
|------------------------------|
| Diabetes |
| Dolor abdominal |
| Acidez / Reflujo ácido |
| Estreñimiento / Diarrea |
| Úlcera de estómago |
| Problemas de hígado |
| Problemas de vesícula biliar |
| Problemas de peso |
| Irritación intestinal |
| Hemorroides |

| Visión Oído Garganta |
|-------------------------|
| Disturbios de la visión |
| Dolor de ojos |
| Zumbido en los oídos |
| Dolor Tempomandibular |
| Otitis |
| Sinusitis |
| Infecciones de garganta |

| Sistema Genito-urinario |
|-------------------------|
| Incontinencia |
| Problemas de vejiga |
| Problemas de riñón |
| Infecciones de orina |

| Sistema nervioso |
|--------------------------------------|
| Vértigos / mareos |
| Depresión |
| Hormigueo o pinchazos en manos, pies |
| Ansiedad |
| Problemas para dormir |
| Migrañas |
| Epilepsia |
| Fibromialgia |
| Sistema inmunológico débil |

| Sistema Respiratorio y Cardiovascular |
|---------------------------------------|
| Dolor en el pecho |
| Asma / Dificultad al respirar |
| Alergias ¿a qué? |
| Problemas cardiacos |
| Problemas pulmonares |
| Pies/manos frías |
| Calambres |
| Presión arterial baja - alta |
| Metabolismo bajo - alto |

| Mujeres |
|---------------------------|
| Está embarazada |
| Problemas de menstruación |
| Tobillos/pies hinchados |

| Hombres |
|-----------------------|
| Problemas de próstata |
| Hernia inguinal |
| Impotencia |

NOTAS:

.....

.....

D/ D^a _____ DNI _____

Consiente expresamente a que los datos de carácter personal que le sean recabados sean incorporados a un fichero, denominado PACIENTES cuyo responsable es AYDEE MOSQUERA CAMBINDO con la finalidad de gestionar sus datos en relación con el cuidado prestado.

En todo caso, tiene derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a AYDEE MOSQUERA CAMBINDO en el fax 968512255 o en la dirección C/ ASDRUBAL, 3 BAJO. 30205 CARTAGENA (MURCIA)

FIRMA