

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

El siguiente formulario debe ser completado antes de su consulta y por correo electrónico a la información de contacto arriba. Al recibir el cuestionario, te contactaremos vía email para agendar su primera consulta. Por favor complete el cuestionario de su historial médico. Si usted tiene cualquier resultados de la prueba, etc. por favor no dude en adjuntar copias junto con la información pertinente no reflejada aquí. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Por favor compruebe el grado de todas las condiciones que actualmente tiene o ha tenido. Para ser responsable de su caso, necesitamos su historia de salud completa.

O = Ocasional F = Frecuente C = Constante

O F C
Músculos y articulaciones

- ☐ ☐ ☐ Artritis
☐ ☐ ☐ Bursitis
☐ ☐ ☐ problemas en pies
☐ ☐ ☐ Hernias
☐ ☐ ☐ Dolor de espalda baja
☐ ☐ ☐ Lumbago
☐ ☐ ☐ Dolor de Cuello
☐ ☐ ☐ Dolor entre hombros

General

- ☐ ☐ ☐ Alergias
☐ ☐ ☐ Costipados
☐ ☐ ☐ Convulsiones
☐ ☐ ☐ Cansancio
☐ ☐ ☐ Desmayos
☐ ☐ ☐ Fatiga
☐ ☐ ☐ Fiebre
☐ ☐ ☐ Dolor de cabeza
☐ ☐ ☐ Falta de sueño
☐ ☐ ☐ Pérdida de peso
☐ ☐ ☐ Nervios, depresión
☐ ☐ ☐ Neuralgia
☐ ☐ ☐ Entumecimiento
☐ ☐ ☐ Sudores
☐ ☐ ☐ Temblores

O F C
Piel

- ☐ ☐ ☐ Irritación
☐ ☐ ☐ Heridas con facilidad
☐ ☐ ☐ Sequedad
☐ ☐ ☐ Alergia o picores
☐ ☐ ☐ Urticaria
☐ ☐ ☐ Erupciones
☐ ☐ ☐ Venas Varicosas

Dolor o entumecimiento en

- ☐ ☐ ☐ Hombros
☐ ☐ ☐ Brazos
☐ ☐ ☐ Codos
☐ ☐ ☐ Manos
☐ ☐ ☐ Caderas
☐ ☐ ☐ Piernas
☐ ☐ ☐ Rodillas
☐ ☐ ☐ Pies
☐ ☐ ☐ Dolor de Cóccix
☐ ☐ ☐ Mala postura
☐ ☐ ☐ Ciática
☐ ☐ ☐ Curvatura columna
☐ ☐ ☐ Articulaciones Hinchadas

O F C
Cardiovascular

- ☐ ☐ ☐ Endurecimiento arterial
☐ ☐ ☐ Tensión Alta
☐ ☐ ☐ Tensión Baja
☐ ☐ ☐ Dolor altura corazón
☐ ☐ ☐ Mala Circulación
☐ ☐ ☐ Taquicardia
☐ ☐ ☐ Latidos lentos
☐ ☐ ☐ Hinchazón de tobillos

Respiratorio

- ☐ ☐ ☐ Dolor de Pecho
☐ ☐ ☐ Tós Crónica
☐ ☐ ☐ Respiración difícil
☐ ☐ ☐ Escupir sangre
☐ ☐ ☐ Escupir flema
☐ ☐ ☐ Sibilancias

Está embarazada? ☐ Si ☐ No

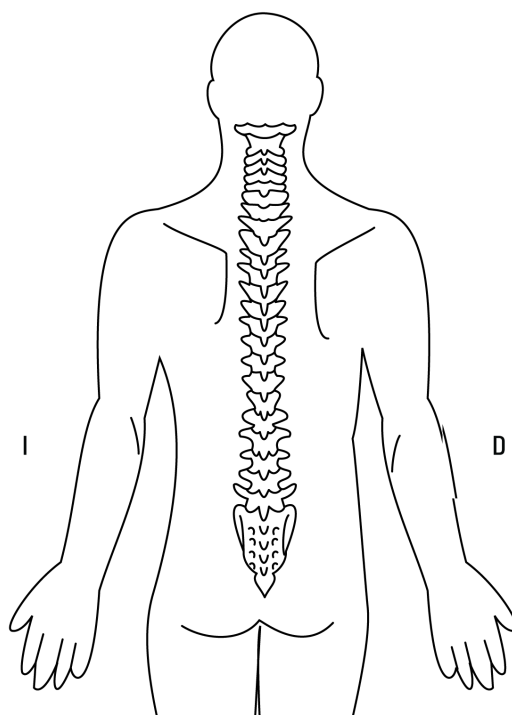
Si es positivo de cuantos meses? _____

Cuantos hijos ha dado a luz? _____

En caso de escoliosis, Describa el problema y el grado y tipo de curva: _____

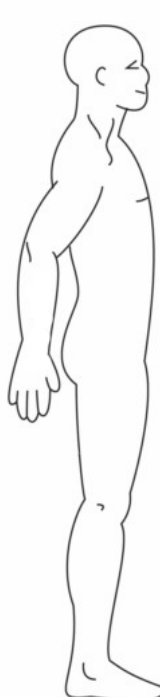
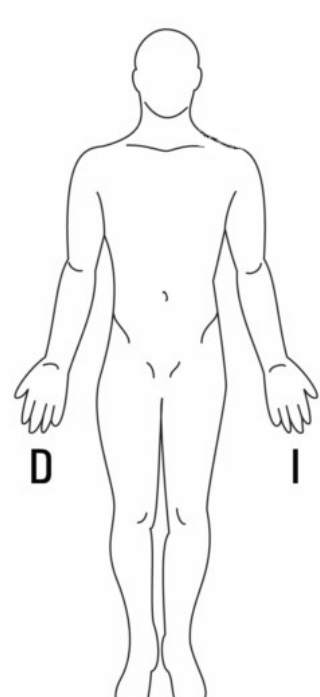
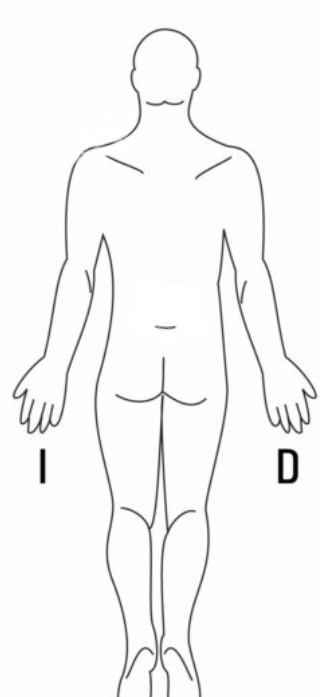
Hace cuanto que padece escoliosis?	Esta empeorando? ☐ Si ☐ No
Te molesta durante (seleccionar opciones correctas): ☐ Trabajo ☐ Sueño ☐ Otro (especificar)	
Cual cree que fue la causa inicial?	
Bajo tratamiento facultativo ? ☐ Si ☐ No En caso de ser si porque razón?	
Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? ☐ Si ☐ No	
En caso positivo por cirugía mayor? ☐ Si ☐ No Por lesiones graves? ☐ Si ☐ No	
Indique que medicación esta tomando? ☐ Anticonceptivos ☐ Tranquilizantes ☐ Analgésicos ☐ Otros (especificar)	
Usa: ☐ Tacones? ☐ Tacones de suela? ☐ Alzas? ☐ Zonas de soporte? ☐ ?talones negativos ☐ zapatos de plataforma	
Como pasa la mayor parte del día? ☐ De pie ☐ sentado ☐ andando ☐ otra (especificar)	

Dibuja tu escoliosis si es posible.



PARTE TRASERA

Por favor marque sus áreas de dolor en las siguientes figuras

CLAVE	Adormecimiento ○ ○ ○ ○ ○	Cosquilleo ● ● ● ● ●	Rigidez X X X X X	Dolor V V V V V
				
				
				
				
Derecha				
Frente				
Parte Trasera				
Izquierda				