

Cuestionario

Datos Personales

Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ DNI: _____
Dirección: _____
Código Postal: _____ Ciudad: _____
Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____
¿Tiene Hijos? Si No Edad(es): _____
¿Por qué acude a la quiropráctica? _____
¿Cómo conoció nuestro centro? _____
¿Tiene experiencia previa con la quiropráctica? Si No

Historial de Salud

Por favor, marque si padece o ha padecido:

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> diabetes | <input type="radio"/> fiebre reumática | <input type="radio"/> epilepsia |
| <input type="radio"/> anemia | <input type="radio"/> depresión | <input type="radio"/> cáncer |
| <input type="radio"/> problemas cardiacos | <input type="radio"/> artritis / artrosis | <input type="radio"/> VIH |
| <input type="radio"/> otros _____ | | |

¿Consume Ud. con frecuencia?:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> tabaco | <input type="radio"/> drogas recreativas |
| <input type="radio"/> café/té/cola | <input type="radio"/> alcohol |
| <input type="radio"/> medicamentos: _____ | (¿de qué tipo?) |

Por favor, marque lo que corresponda a su estado actual:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> dolor cervical | <input type="radio"/> migrañas | <input type="radio"/> dificultad respiratoria |
| <input type="radio"/> esguince cervical | <input type="radio"/> hormigueos en manos/brazos | <input type="radio"/> asma |
| <input type="radio"/> dolor dorsal | <input type="radio"/> hormigueos en pies / piernas | <input type="radio"/> desmayos |
| <input type="radio"/> escoliosis | <input type="radio"/> codo de tenista o golfista | <input type="radio"/> pérdida excesiva de peso |
| <input type="radio"/> dolor lumbar | <input type="radio"/> problemas visuales | <input type="radio"/> nerviosismo / ansiedad |
| <input type="radio"/> parálisis | <input type="radio"/> mareos | <input type="radio"/> derrame cerebral |
| <input type="radio"/> problemas auditivos | <input type="radio"/> zumbidos en los oídos | <input type="radio"/> vértigos |

Historial de lesiones:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> caídas | <input type="radio"/> fracturas óseas | <input type="radio"/> cirugías: _____ |
| <input type="radio"/> accidente de tráfico | <input type="radio"/> fracturas de costilla | _____ |
| <input type="radio"/> lesiones de cráneo | <input type="radio"/> fracturas de vértebra | _____ (¿de qué tipo?) |