



Cuestionario / Historial

niños



Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Código Postal: _____ Ciudad: _____

Teléfonos: _____

Casa: _____ Móvil: _____

Correo electrónico: _____

¿Por que problema ha acudido a la quiropráctica?

¿Cómo conoció a nuestro centro quiropráctico?

¿Tiene experiencia previa con la quiropráctica?: Si No

Historial de Salud

Por favor, marque si su hijo padece o ha padecido:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> diabetes | <input type="radio"/> fiebre reumática | <input type="radio"/> epilepsia |
| <input type="radio"/> enuresis nocturna | <input type="radio"/> falta de concentración | <input type="radio"/> depresión |
| <input type="radio"/> problemas cardíacos | <input type="radio"/> hiperactividad | <input type="radio"/> dislexia |
| <input type="radio"/> otros: _____ | | |

¿Cómo fue el nacimiento de su hijo/a? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> natural | <input type="radio"/> con epidural | <input type="radio"/> parto inducido | <input type="radio"/> con forceps |
| <input type="radio"/> en casa | <input type="radio"/> en hospital | <input type="radio"/> por cesárea | <input type="radio"/> con ventosa |

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

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

Historial de lesiones:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> caídas/accidentes | <input type="radio"/> fracturas de vértebra |
| <input type="radio"/> fracturas óseas | <input type="radio"/> lesiones del cráneo |
| <input type="radio"/> fracturas de costilla | <input type="radio"/> cirugías: |

Comentarios adicionales:

