



Fecha : \_\_\_\_\_

### **DATOS GENERALES**

Apellido : \_\_\_\_\_ Nombre : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Sexo : M  F

Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Celular : \_\_\_\_\_ Tel. Casa / Oficina : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

Recomendado por : Médico  Paciente  Google  Facebook  Doctoralia

Favor de precisar : \_\_\_\_\_ Otro

### **HISTORIAL CLÍNICO**

Altura : \_\_\_\_\_ Peso : \_\_\_\_\_

Médico tratante : \_\_\_\_\_

Ha seguido algún tratamiento quiropráctico : No  Sí : \_\_\_\_\_  
Con quién ?

Tratamientos que esta siguiendo : \_\_\_\_\_

Medicinas / Complementos : Analgésicos  Antiinflamatorios  Osteoporosis / Calcio   
Vitaminas / Complementos  Hipertensión  Antidepresivos  Anticonceptivos

Precisar cuál y con que frecuencia la toma : \_\_\_\_\_

Cirugías / Hospitalización : \_\_\_\_\_

Fracturas / Accidentes : \_\_\_\_\_  
Cuando ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades que padeció durante la niñez : Varicela  Paperas  Tifoidea  Sarampión   
Asma  Hepatitis  Otro : \_\_\_\_\_

Cuál es su actividad laboral : \_\_\_\_\_  
(que postura tiene cuando esta trabajando)

Cantidad de agua natural tomada al día  
(no incluya agua de fruta, refrescos, té y café) menos de 1 litro  entre 1 y 2 litros  entre 2 y 3litros

Práctica algún deporte o hace ejercicio : \_\_\_\_\_  
(y con que frecuencia)

Fuma : no  Sí : cuántos cigarros al día ? menos de 5  5 a 10  11 a 15  16 a 20  21 a 30  31 ó mas

**ANTECEDENTES FAMILIARES :** Enfermedades que hayan padecido sus familiares

- Cáncer : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Diabete : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Hipertensión : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Infartos y patologías cardiacas : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Atritis : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Artrosis : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Gota : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios
- Alzheimer : Padre  Madre  Abuelo  Abuela  Tios

**ANTECEDENTES PERSONALES :**

Padece regularmente de dolores de cabeza : No  Si : todos los días  2 a 3 veces a la semana  unas veces al mes

Usa lentes (o de contacto) : No  Si : miopía  astigmatismo  vista cansada

Tiene problemas de equilibrio : No  Si

Tiene puentes dentales : No  Si  Tiene ó tuvo tratamiento de ortodoncia : No  Si

Rechina los dientes cuando esta dormido : No  Si

Le truena la articulación mandibular cuando abre la boca : No  Si

En ocasiones se le queda trabada la mandíbula : No  Si

Padece regularmente de infecciones en la garganta : No  Si

Padece de colitis, gastritis : No  Si  Padece de alergias : No  Si

Padece regularmente de sinusitis : No  Si

Intolerancia a algún alimento : No  Si : \_\_\_\_\_  
Cuál ?

Cómo es su digestión : normal  acidez  dolor que quema  estreñimiento

Infecciones en las vías urinarias : No  Si :

Padece problemas dermatológicos : No  Si : acné  eccema  psoriasis  herpes  hongos

Confirмо que los datos que he facilitado son correctos.

Autorizo al Centro Quiropráctico México Condesa y a sus doctores aplicar los tratamientos que consideren convenientes y necesarios para la recuperación de mi salud y bienestar.

Fecha : \_\_\_\_\_

Nombre y firma : \_\_\_\_\_



¿Presenta alguna molestia ? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

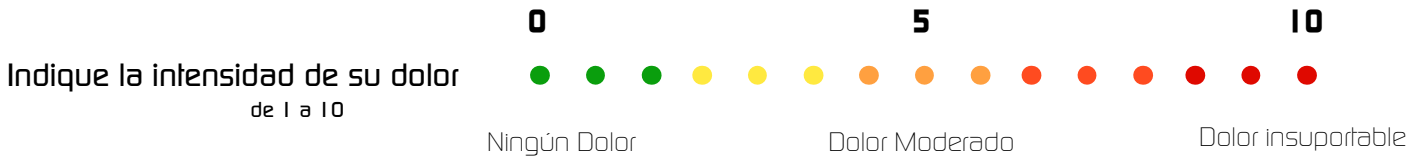
¿Es la primera vez ? Si  No

Progresión del problema : Empeorando  Disminuyendo  Igual  Se va y vuelve

¿Cómo le afecta ó limita en su vida diaria? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué medicamento esta tomando para este problema? \_\_\_\_\_  
¿desde cuando?

¿Algún movimiento o posición alivia su dolor? \_\_\_\_\_



**Uso diagnóstico**

En espera RX

Reevaluación posturo \_\_\_\_\_ Reexam RX \_\_\_\_\_

Marque la zona del dolor

