

# INFORMACIÓN PERSONAL E HISTORIAL DE PATRONES DE TENSIÓN Y DISTORSIÓN ACUMULADOS

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tel. Móv.: \_\_\_\_\_

Tel. Fijo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre de tu pareja: \_\_\_\_\_

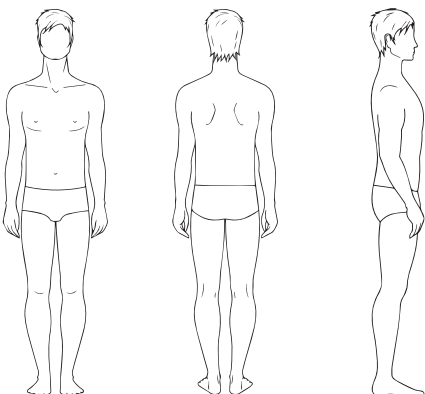
Hijos: Si / No Nombres: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Aficiones: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer la recomendación? \_\_\_\_\_

Por favor, SEÑALA en las figuras de abajo las zonas de tu cuerpo que te preocupan:



¿Estás siguiendo actualmente algún tratamiento médico? \_\_\_\_\_

¿Has recibido alguna vez cuidado quiropráctico? Si / No ¿De quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quedaste satisfecho con su servicio? Si / No ¿Tu familia recibe cuidado? Si / No

¿Hay algo de tu salud que te preocupe en este momento? \_\_\_\_\_

¿Qué beneficios quieres lograr en esta oficina? \_\_\_\_\_

## ESTRÉS FÍSICO

### TU NACIMIENTO

Lugar: ¿En casa? ¿Hospital? ¿Centro de Maternidad? Otros: \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo? ¿Enfermedades? ¿Caídas?

¿Trauma? ¿Medicamentos? Otros: \_\_\_\_\_

¿Fue un parto traumático? ¿Inducido por fármacos? ¿Extracción con Ventosa? ¿Forceps? ¿Cesárea? Otro: \_\_\_\_\_

¿El cordón umbilical anudado en el cuello? ¿Naciste de nalgas? ¿Episiotomía? Otra: \_\_\_\_\_

¿Al nacer estuviste separado de tu madre por cualquier razón? \_\_\_\_\_

### LESIONES FÍSICAS

Por favor **EXPLICA Y PON FECHAS** aproximadas. Alguna vez:

¿Has caído inconsciente? \_\_\_\_\_

¿Has usado muletas, caminador o bastón? \_\_\_\_\_

¿Te has roto algún hueso? \_\_\_\_\_

¿Lesiones relacionadas con el deporte? \_\_\_\_\_

¿Lesiones relacionadas con el trabajo? \_\_\_\_\_

¿Accidente de coche/moto/bici? \_\_\_\_\_

¿Cirugía? ¿Tracción? \_\_\_\_\_

¿Plantillas correctivas? ¿Fisioterapia? ¿Collarín? ¿Yeso? \_\_\_\_\_

### ESTRÉS DIARIO

¿Durante cuánto tiempo...

Ves la TV? \_\_\_\_\_ Hablas por Teléfono? \_\_\_\_\_

Estás sentado frente a un ordenador? \_\_\_\_\_ Pintas o dibujas? \_\_\_\_\_

Tocas algún instrumento musical? \_\_\_\_\_ Conduces? \_\_\_\_\_

Cargas con objetos pesados? ¿Cuánto peso? \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN PERSONAL E HISTORIAL DE PATRONES DE TENSIÓN Y DISTORSIÓN ACUMULADOS

## ESTRÉS QUÍMICO

Por favor, si tomas regularmente algún fármaco, nómbralo e indica su finalidad \_\_\_\_\_

¿Estás experimentando algún efecto secundario? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez en el pasado has tomado fármacos durante un tiempo extendido? Explica \_\_\_\_\_

¿Te has puesto vacunas? \_\_\_\_\_ ¿Has tenido reacciones a ellas? \_\_\_\_\_

Actualmente o en el pasado ¿te expusiste a algún agente químico: Pinturas? Vapores? Humo? Polvo? Pesticidas? \_\_\_\_\_

¿Cuánto café/té bebes por día? \_\_\_\_\_ ¿Alcohol? \_\_\_\_\_

¿Cigarrillos? \_\_\_\_\_ ¿Refresco/sodas? \_\_\_\_\_

¿Comes comida rápida? \_\_\_\_\_ ¿Comes caramelos / dulces? \_\_\_\_\_

¿Azúcar? \_\_\_\_\_

¿Abuso de drogas? SI / NO Descríbelas por favor \_\_\_\_\_

¿Alergias? SI / NO ¿A qué? (polen, polvo, alimentos...) \_\_\_\_\_

## ESTRÉS EMOCIONAL

Por favor, marca con un círculo cualquiera de las siguientes circunstancias.

(PA) por PASADO o (PR) por PRESENTE

S / SUAVE, Mod / MODERADO, Sev / SEVERO.

|                                  |         |           |
|----------------------------------|---------|-----------|
| Estrés de infancia               | PA      | S Mod Sev |
| Estrés en la familia             | PA / PR | S Mod Sev |
| Estrés personal                  | PA / PR | S Mod Sev |
| Estrés por enfermedad            | PA / PR | S Mod Sev |
| Estrés en el trabajo             | PA / PR | S Mod Sev |
| Estrés por desplazamiento        | PA / PR | S Mod Sev |
| Pérdida de un ser querido        | PA / PR | S Mod Sev |
| Estrés por mudarse               | PA / PR | S Mod Sev |
| Cambio de trabajo o tipo de vida | PA / PR | S Mod Sev |
| Abuso                            | PA / PR | S Mod Sev |

¿Cómo te sientes acerca de tu estado actual?

- Me siento impotente, nada funciona.
- No me gusta lo que estoy sintiendo y espero que pueda arreglarlo.
- Estoy en un patrón que ya me ha pasado antes y que ahora ha vuelto.
- Siento que hay un mensaje que mi cuerpo intenta mandarme.
- Estoy buscando algo que me ayude a mejorar mi calidad de vida y a mejorar aún más mi salud.

¿Tienes alguna pregunta antes de que empecemos? \_\_\_\_\_