

INFORMACION PERSONAL Y HISTORIA DE LOS PATRONES DE TENSION Y DISTORSION ACUMULADOS

Fecha: _____

Nombre/Apellido _____ Tel. Mov _____ Tel. trab _____

Dirección _____ Población _____

Tel part _____ e-mail _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo: M / F Edad _____ Nombre de tu pareja _____

Hijos: Si / NO_Nombres: _____

Ocupación _____ Aficiones _____

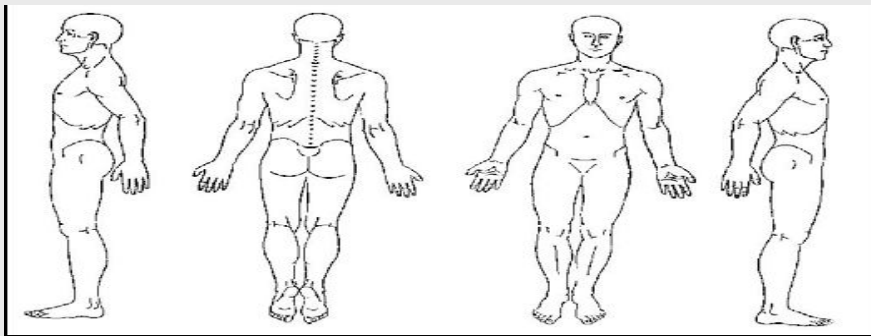
A quién podemos agradecer por recomendarnos? _____

Esta siguiendo actualmente algún tratamiento médico? _____

Ha recibido alguna vez cuidado quiropráctico? _____ De quién? _____ Cuándo? _____

Quedó satisfecho con su servicio? Si / No Su familia recibe ajustes quiroprácticos? Si / No

Hay algo que le preocupe de su salud en este momento? _____



Esto afecta en tu:

Trabajo Descanso/Sueño Vida Social Vida Sentimental Forma de Sentarse Forma de Andar Ejercicio
Ocio Alimentación Bienestar

Qué beneficios quiere lograr en esta oficina? _____

HISTORIAL DE ESTRÉS Y TRAUMAS FÍSICOS, QUÍMICOS Y EMOCIONALES QUE PODIAN HABER CAUSADO SUS PATRONES ACUMULADOS DE TENSIONES Y DISTORSIONES

1. ESTRES FISICOS

SU NACIMIENTO:

Lugar: En casa? Hospital? Centro de Maternidad? Otros? _____

Hubo alguna dificultad durante el embarazo? Enfermedades? Caídas? Trauma? Drogas?

Otros? _____

Fue el parto traumático? Inducido por fármacos? Forceps? Extracción aspirador?

Cesarea? _____

El cordón umbilical anudado en el cuello? Naciste de nalgas? Episiotomía? Otra? _____

Estuvo separado de su madre por cualquier razón al nacer? _____

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? _____

Accidentes de coche/moto/bici? _____

Cirugía? Tracción? _____

Plantillas correctivas? Terapia física? Collarín? Yeso? _____

ESTRES DIARIO:

Ves la TV , Cuánto tiempo? _____ Al Telefono, Cuánto tiempo? _____ Pintas o dibujas? _____

Te sientas frente a un ordenador, Cuánto tiempo? _____ Tocas algún instrumento musical, Cuánto tiempo? _____

Conduces un coche, Cuánto tiempo? _____ Cargas con objetos pesados a menudo? Cuánto peso? _____

2. ESTRES QUÍMICOS:

Por favor, si tomas regularmente algún fármaco nombralo con su finalidad _____

Estas experimentando algun efecto secundario? _____

Alguna vez en el pasado ha tomado fármacos durante un tiempo extendido? Explique _____

Te has puesto vacunas? _____ Has tenido reacciones a estas vacunas? _____

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

Pesticidas? _____

Cuánto café/te bebes por día? _____ Alcohol? _____ Cigarrillos? _____ Refresco/sodas? _____

Comes comida rápida? _____ Comes caramelos / dulces? _____ Azúcar? _____

Abuso de drogas SI / NO Describelas por favor _____

Alergias: SI / NO A qué? (polen, polvo, alimentos...) _____

3. ESTRES EMOCIONALES:

Por favor **marca con un circulo** cualquiera de las siguientes circunstancias estrésantes que aplicas en tu vida,

anota: (PA) por PASADO o (PR) por PRESENTE y 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
Perdida 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? (Por favor, elije la frase que mejor describe cómo te sientes.)

- ☐ Me siento impotente, nada funciona.
- ☐ No me gusta lo que estoy sintiendo y espero que pueda arreglarlo.
- ☐ Siento que este es un patrón que me ha pasado antes y ahora me vuelva a suceder.
- ☐ 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? _____