

# HISTORIAL CONFIDENCIAL Y DE CALIDAD DE VIDA

Centro Quiropráctico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ p \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

*Nos autoriza a enviarle información quiropráctica por email a través de nuestro proveedor* **iContact:** SI  NO

Núm. Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

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

Profesión: \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Nombre de Hijo	Edad

¿Cómo nos ha conocido? \_\_\_\_\_

Nombre de esa persona: \_\_\_\_\_

## ***Pérdida de la salud***

Si las lesiones han ido aumentando es probable que haya experimentado síntomas e incluso crisis de alguna enfermedad, de manera aleatoria. Describa si tiene/ha tenido problemas de:

	No	Si	Explicación
Visión			
Vértigo			
Vómitos			
Náuseas			
Cáncer			
Audición			
Artritis			
Órganos			
Orina			
Corazón			
Diabetes			

	No	Si	Explicación
Estómago			
Intestinos			
Riñones			
Pulmones			
Piel			
<i>Mujer:</i>			
Mamas			
Menstrual			
Útero			
<i>Hombre:</i>			
Próstata			

Enfermedades, explicación: \_\_\_\_\_

Infecciones (de qué, cuando...) \_\_\_\_\_

Hospitalización (cuando y porqué) \_\_\_\_\_

Historial familiar de enfermedades \_\_\_\_\_

Continúa detrás

## Motivación

Motivos por los que ha visitado este centro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si alguno de los siguientes motivos afecta su calidad de vida, explique con detalle:

**Trabajo** (por ej. productividad...) Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Postura** Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Deporte** Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Familia** Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Dormir** Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Caminar** Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Emocional** Si  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Otros** \_\_\_\_\_

## Calidad de vida

Del 0 al 10... ¿cómo considera su estado actual de óptimo bienestar?      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Del 0 al 10... ¿cómo considera su calidad de vida?      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

¿Ha tenido alguna revisión de la espalda en los últimos 5 años?      Si       No

¿Ha tenido alguna revisión del sistema nervioso en los últimos 5 años?      Si       No

¿Ha recibido cuidado quiroprácticos?      Si       No

En caso afirmativo: ¿durante cuánto tiempo?

**LA MISIÓN DE GLOBAL CHIROPRACTIC ES  
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS CLIENTES  
EN CENTROS EXCELENTES DE QUIROPRÁCTICA MEDIANTE EL COMPROMISO  
DE UN EQUIPO DE PROFESIONALES QUE DESARROLLAN LA  
FILOSOFÍA QUIROPRÁCTICA VITALISTA**

Ha leído y acepta nuestra misión:      Si       No

Le gustaría mejorar su calidad de vida:      Si

Firma: \_\_\_\_\_

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

**Esta es información confidencial con fines profesionales.**