



## Datos personales

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

D.N.I: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

¿Cómo has sabido de nuestra consulta?: Internet  Promoción  Amigo  Otros \_\_\_\_\_

Quiere más información sobre la quiropráctica?: Si  No

## Informe Adulto

Razón de su visita: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el síntoma/s por el que acude?: \_\_\_\_\_

Este síntoma es: Constante  Ocasional  Localizado  Se extiende

¿Operado?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le falta algún órgano? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna enfermedad grave?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Accidentes y/o caídas?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Fuma?: ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Café: ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Alcohol: ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Medicamento?: ¿Para qué? \_\_\_\_\_

¿Ejercicio/ Deporte?: \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_

## Informe Niño

Cuando nació que utilizaron: Fórceps  Ventosas  Cesárea  Nada

Se orina en la cama  Lloro mucho  Otitis  Cólicos

¿Vacunas?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_



Indique con una x si ha sufrido alguno de estos  
síntomas en los últimos 6 meses

- Salud débil
- Insomnio
- Cansancio
- Desequilibrio hormonal
- Vértigo
- Mareo
- Dolor de cabeza
- Cáncer
- Náuseas
- Vómitos
- Pérdida de apetito
- Estreñimiento
- Diarrea
- Pérdida de peso
- Digestión difícil
- Hernia de Hiato
- Tensión arterial
  - Alta  Baja
- Arritmias
- Palpitaciones
- Dolor de pecho
- Problemas de circulación
- Menor audición
- Zumbidos
- Menor visión
- Problemas al hablar
- Otitis
- Respiración difícil
- Asma
- Tos crónica
- Alergias ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Pérdida de fuerza
  - Hombros  Manos
- Músculos débiles
- Dificultad al andar
- Dolor de espalda
- Dolor de cervicales
- Dolor de dorsales
- Dolor de lumbares
- Dolor de hombro
  - Izquierdo  Derecho
- Dolor de brazo
  - Izquierdo  Derecho
- Pérdida de tacto en manos
  - Izquierda  Derecha
- Dolor de rodilla
  - Izquierda  Derecha

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

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