

**CENTRO QUIROPRÁCTICO NILSSON**

Fecha Hoy: ...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS: ..... Fecha Nacimiento: ...../...../.....  
 Dirección: .....  
 Pueblo: ..... Nacionalidad: .....  
 DNI / Pasaporte: ..... Estado civil:.....  
 Tel Particular ..... Móvil..... Profesión: .....  
 Correo electrónico: .....  
 Recomendado por:.....  
 Motivo de su consulta hoy: .....  
 ¿Ha recibido antes cuidado quiropráctica? NO  SI   
 ¿Con quién y cuándo?.....  
 ¿Desde cuándo tiene el problema? .....  
 Otras terapias actuales: .....  
 Medicamentos, suplementos: .....  
 Cirugía, describa: ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 Accidentes, trauma grave (coche, caída) – describa: ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 Enfermedades – describa cuándo diagnosticado: ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 ..... Año .....  
 ..... Año .....

¿Pasa más tiempo sentado, de pie, en coche? .....  
 ¿Cómo duerme? De lado, boca arriba, boca abajo. Describa: .....

**Su Historial médico** marque con X las siguientes condiciones si actualmente padece o es sobreviviente de alguna condición o enfermedad indicando si fue en el pasado o actual.

**Su Dieta**

<input type="checkbox"/> Refrescos al día	<input type="checkbox"/> Café al día	<input type="checkbox"/> Litros de agua al día:	<input type="checkbox"/> Alcohol al día
---	--------------------------------------	---	---

**Su Estilo de vida habitual**

<input type="checkbox"/> Estrés laboral	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Tabaco al día
<input type="checkbox"/> Toxinas en el trabajo	<input type="checkbox"/> Estrés Familiar	<input type="checkbox"/> Ejercicio habitual tipo y frecuencia:	

**Músculo-esquelético**

<input type="checkbox"/> Nuca	<input type="checkbox"/> Hombro izq / der	<input type="checkbox"/> Brazos izq / der	<input type="checkbox"/> Manos izq / der
<input type="checkbox"/> Codo izq / der	<input type="checkbox"/> Espalda alta	<input type="checkbox"/> Costillas izq / der	<input type="checkbox"/> Espalda baja izq / der
<input type="checkbox"/> Muñeca izq / der	<input type="checkbox"/> Musc. Glúteos	<input type="checkbox"/> Rodilla izq / der	<input type="checkbox"/> Piernas izq / der
<input type="checkbox"/> Tobillo izq / der	<input type="checkbox"/> Movimiento limitado	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Pie izq / der
<input type="checkbox"/> Cadera izq / der	<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Síndrome Paget
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Espondilitis Anquilosante	<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular

## Síntomas Generales

<input type="checkbox"/> Mala circulación	<input type="checkbox"/> Duerme mal	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Vértigo
<input type="checkbox"/> Sangra o marca con facilidad ( hematomas)	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Falta de respiración
			<input type="checkbox"/> Agujetas

## Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Dolor facial	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta recurrente
<input type="checkbox"/> Dolor ocular	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Ruídos en oídos
<input type="checkbox"/> Visión pobre	<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Mala audición
<input type="checkbox"/> Problemas de mandíbula	<input type="checkbox"/> Rechina los dientes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Dolor oídos (otitis)
<input type="checkbox"/> Migraña / Jaqueca	Otro describa:		

## Respiratorio

<input type="checkbox"/> Asma / sibilante	<input type="checkbox"/> Dificultad en respirar sentado / acostado	<input type="checkbox"/> Opresión en pecho	<input type="checkbox"/> Otro describa:
---	--	--	---

## Cardiovascular

<input type="checkbox"/> Tensión alta	<input type="checkbox"/> Taquicardia/Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Dolor en pecho	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Tensión baja	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Otro describa:

## Gastrointestinal

<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor intestinal / calambres	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Hernia de Hiato
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Síndrome colon irritable	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Piedras en Vesícula

## Piel y Pelo

<input type="checkbox"/> Ulceraciones	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Exzema	<input type="checkbox"/> Pérdida de pelo	<input type="checkbox"/> Cambio en textura en piel / pelo:
---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--	--

## Neuropsicológico

<input type="checkbox"/> Convulsiones / Infartos cerebrales	<input type="checkbox"/> Mala memoria	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Considerado / intentado Suicidarse
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Se estresa fácilmente	<input type="checkbox"/> En Terapia Psicológica
<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Superviviente de abuso	<input type="checkbox"/> Otro describa:	

**Génitourinario**

<input type="checkbox"/> Desórdenes urinarios	<input type="checkbox"/> Prolapso de Vejiga	<input type="checkbox"/> Desórdenes de Próstata	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Arenilla en Riñones	<input type="checkbox"/> Infección de Vejiga	<input type="checkbox"/> Aumento de libido	<input type="checkbox"/> Descenso de líbido

**Ginecología**

<input type="checkbox"/> Sínd. Premenstrual (cambios de humor)	<input type="checkbox"/> Dolor antes / durante / después de la regla	<input type="checkbox"/> Reglas irregulares	<input type="checkbox"/> Edad de la Menopausia:
<input type="checkbox"/> Menopausia precoz	<input type="checkbox"/> Histerectomía a qué edad:	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Prolapso uterino
<input type="checkbox"/> ¿Cuántos Embarazos?	<input type="checkbox"/> ¿Cuántos Hijos?	<input type="checkbox"/> ¿Cuánto Abortos?	<input type="checkbox"/> ¿Actualmente embarazada? Si o No?

**Por favor use este espacio para incluir otra información que no haya apuntado antes:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firmado** \_\_\_\_\_

De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero automatizado bajo la responsabilidad de CENTRO QUIROPRACTICO NILSSON SL, con la finalidad de poder atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted.  
 Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a la dirección PLZ. BALDUINO I DE BELGICA SN LOCAL B, 03580-ALFAZ DEL PI, ALICANTE.  
 Si no nos comunica lo contrario, entenderemos que los datos no han sido modificados, que se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para utilizarlos a fin de poder fidelizar la relación entre las partes, así como para realizar envíos de publicidad y ofertas que puedan resultar de su interés por correo postal o correo electrónico.