

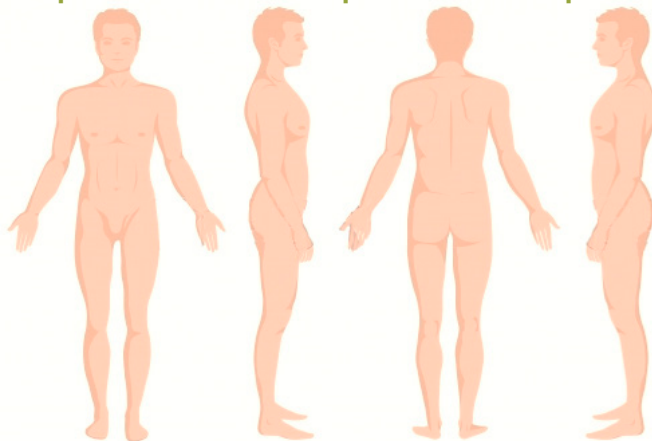
BIENVENIDO A VITALIA QUIROPRACTICA

Apellidos: _____ Tel.Mov _____ Tel. Part _____
 Nombre: _____ E-mail: _____ Fecha Nacimiento: _____
 Dirección: _____ CP: _____ Población: _____
 Sexo: M/H Edad: _____ Estado civil: _____ Nombre de su pareja: _____
 Nombre de sus hijos: _____
 Ocupación: _____ Aficiones: _____
 ¿A quién podemos agradecer por recomendarnos? _____
 ¿Está siguiendo actualmente algún tratamiento médico? _____ ¿Cual? _____
 ¿Ha recibido alguna vez cuidados Quiroprácticos? ¿Por quién? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Quedó satisfecho con su servicio? Si/No ¿Su Familia recibe ajustes Quiroprácticos? Si/No
 Historial de enfermedad en su familia? _____

	1ª Zona	2ª Zona	3ª Zona
Tengo Síntomas en: o Quiero Mejorar:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estos Síntomas son:	<input type="checkbox"/> Incisivo <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Eléctrico/Punzante <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Incisivo <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Eléctrico/Punzante <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Incisivo <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Eléctrico/Punzante <input type="checkbox"/> Otro
¿Con que frecuencia los siente?	<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Viene y se va <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Viene y se va <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Viene y se va <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
¿Va a mejor, empeora o permanece igual?	Mejor/ Peor/ Igual	Mejor/ Peor/ Igual	Mejor/ Peor/ Igual
¿Qué lo hace MEJORAR?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué lo hace EMPEORAR?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En una escala de 0 a 10, valore su incomodidad	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 10 = Insoportable 0 = Sin incomodidad	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 10 = Insoportable 0 = Sin incomodidad	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 10 = Insoportable 0 = Sin incomodidad
¿Cómo ha cuidado de esto en el pasado? ¿Le ha servido a usted?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Este problema afecta a mi:	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Forma de sentarme <input type="checkbox"/> Forma de andar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Sueño <input type="checkbox"/> Vida social <input type="checkbox"/> Vida sentimental <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Bienestar	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Forma de sentarme <input type="checkbox"/> Forma de andar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Sueño <input type="checkbox"/> Vida social <input type="checkbox"/> Vida sentimental <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Bienestar	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Forma de sentarme <input type="checkbox"/> Forma de andar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Sueño <input type="checkbox"/> Vida social <input type="checkbox"/> Vida sentimental <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Bienestar
Resolver estos Síntomas aumentaría mi Calidad de Vida de:	10-20% 30-40% 50-60% 70-80% 90% 100%	10-20% 30-40% 50-60% 70-80% 90% 100%	10-20% 30-40% 50-60% 70-80% 90% 100%

Haga un círculo sobre la zonas de dolor o malestar

Indique cuantos años hace aproximadamente que inició:



No tengo dolor o molestias, quiero crecer Personal o Emocionalmente: _____

No tengo malestar, quiero que crezca el amor y la gratitud: _____

1. ESTRÉS FÍSICO:

Por favor **explique y ponga fechas** aproximadas:

¿Su nacimiento fue un parto traumático? No/Si, Explica: _____

¿Ha caído inconsciente? Edad: _____ Razón: _____

¿Ha estado hospitalizado? Edad: _____ Razón: _____

¿Se ha roto algún hueso? Edad: _____ Cual: _____ Edad: _____ Cual: _____

¿Ha usado muletas/caminador/bastón? _____

¿Terapia física/Collarín/Yeso? Edad: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Lesiones en el deporte? Edad: _____ Parte del cuerpo: _____ Edad: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Lesiones en el trabajo? Edad: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Accidentes de coche? Edad: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Alguna cirugía? Edad: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Plantillas correctivas? Edad: _____ Razón: _____

¿Haces algún deporte o ejercicio? Cual: _____ Veces/semana: _____

Por favor detalle **cúanto tiempo al día dedica a:**

Hablar por Teléfono: _____ Sentarse frente a un ordenador: _____ Conducir un coche: _____

Horas de sueño por la noche: _____ Cargar objetos pesados a menudo _____ / cuánto peso: _____

Estar de pie: _____ Cuantas horas por semana trabajas: _____ Sentado: _____

2. ESTRÉS QUÍMICO:

Por favor, si toma regularmente algún fármaco nómbrelo con su finalidad _____

¿Se ha vacunado, qué vacunas? Has tenido reacciones a ellas? _____

¿Actualmente o en el pasado se expuso a algún agente químico: Pinturas/Vapores/Humo/Polvo/Pesticidas? _____

Marque lo que consume: **cantidad y frecuencia al día**

Café/te: _____ Alcohol: _____ Cigarrillos: _____ Refrescos/Sodas: _____

Caramelos/chocolate Pastas/galletas Helado : Cuantas veces por día/semana: _____ Cantidad: _____

Quesos: veces/día: _____ Cantidad: _____ Leche de vaca: veces/día: _____ Cantidad: _____

Yoghurt: veces/día: _____ Cantidad: _____ Azúcar: _____ Agua: _____ Comida rápida: _____

Pasta: veces/semana: _____ Cantidad: _____ Pan: veces/día: _____ Cantidad: _____

Alergias: SI / NO ¿A qué? _____

Abusó de drogas SI / NO, ¿Cuales? _____

Toma algún Suplemento: _____

3. ESTRÉS EMOCIONAL:

Marca con un círculo cualquiera de las siguientes circunstancias estresantes que tiene en su vida:

PA = PASADO PR = PRESENTE (puede marcar ambos)
S = SUAVE / Mod = MODERADO / Sev = SEVERO

Estrés de infancia	PA / PR S Mod Sev	Estrés en la familia	PA / PR S Mod Sev
Estrés en el trabajo	PA / PR S Mod Sev	Estrés financiero	PA / PR S Mod Sev
Pérdida de un ser querido	PA / PR S Mod Sev	Abuso de algún tipo	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.
- 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.

Felicidades, es el primer paso para tener mayor Vitalidad en tu Vida y Salud!

