



HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

Apellidos _____ Nombre _____ NIF _____
 Dirección _____ Población _____ CP _____
 Fecha Nacim. _____ N°Hijos ___ Trabajo _____ Recomendado por _____
 Tel _____ Móvil _____ Correo electrónico _____

A efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos recabados serán incorporados a un fichero bajo la responsabilidad de CELIA GASULLA BLASCO, con el fin de atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección: Gran de Gràcia, 254- 08012 Barcelona. Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados y se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para utilizarlos a fin de poder prestar la atención sanitaria requerida y gestionar su historial clínico. A partir de la firma del presente formulario usted autoriza expresamente el tratamiento de sus datos de carácter personal, para la finalidad especificada, por parte de CELIA GASULLA BLASCO.

A Efectos de política de cancelación de citas: Les informamos que las cancelaciones de citas/visitas que se realicen antes de 24 horas no tendrán ningún tipo de cargo. No obstante, aquellas visitas/citas programadas que se cancelen a menos de **24 horas** de su realización supondrá para el paciente un cargo del **50%**. Aquellas cancelaciones, cambios o faltas de asistencia a menos de **12 horas** de la visita/cita programada supondrá el **100%** del cargo para el paciente. No se aplicarán estas condiciones, si existe alguna causa de fuerza mayor, accidente o enfermedad grave o urgente que no permita avisar con esas 24 horas de antelación que solicitamos, siempre y cuando sean justificadas por escrito por un organismo fiable. No serán válidos los motivos no justificables como, por ejemplo, no encontrar la localización de la consulta, cambios repentinos o imprevistos laborales o personales, así como olvidos o descuidos por parte de los pacientes.

FIRMA:

FECHA: / /

1. NACIMIENTO:

¿Dónde y cómo nació? En casa__ Hospital__ Por cesárea__ Fórceps__ Ventosas__ Normal__

Se presentó al revés__ Epidural__ Provocado__ Prematuro__.

En caso de que haya tenido hijos, ¿cómo fue el/los parto(s)? _____

2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑEZ Y/O ADOLESCENCIA):

¿Caídas fuertes/accidentes de la niñez? Si__ No__

¿Qué edad tenía?__ ¿Qué pasó? _____

¿Enfermedades en la niñez? ____ ¿Cuáles? _____

¿Sufrió un abuso físico? ____ ¿Vivió situaciones conflictivas? ____

¿Ha sido operado alguna vez? ____ ¿Qué edad? _____

¿De qué? _____

3. ESTADO ACTUAL- HABITOS, COSTUMBRES Y ESTRÉS QUÍMICO:

¿A qué se dedica? _____ ¿Le gusta? _____

¿Practica alguna actividad física o deporte?

__regularmente __ocasionalmente __raramente __nunca

¿Qué practica? _____ veces a la semana _____

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre (hobbies, etc.)? _____

¿Practica alguna técnica de relajación? ____ Veces semana ____
 ¿Cuál/es? _____
 ¿Cuántas horas duerme al día? ____ ¿Se siente cansado/a? ____ ¿Estresado/a? ____
 ¿Ha tenido algún accidente importante? ____ ¿Cuándo? _____
 Descríbelo _____
 ¿Le han ingresado alguna vez? ____ ¿Para qué? _____
 ¿Ha recibido las vacunas correspondientes de la infancia? _____
 ¿Tuvo alguna reacción negativa a ellas? _____
 ¿Se vacuna anualmente de la gripe? _____ ¿La última? _____

TOXICOS

Alcohol _____
 Cafés _____
 Tabaco _____
 Drogas _____
 Medicación _____

DESCANSO

Duermo mal _____
 Uso somníferos _____
 Horarios irregulares _____
 Colchón + 10 años _____
 Duermo boca abajo _____

POSTURA

Estoy sentad@ más de 1h seguida Me siento al fondo de mi silla Me duele estar sentada/o
 Cruzo las piernas Me siento con los pies elevados Me duele al levantarme
 Me siento sobre las nalgas Me quedo dormid@ en el sofá Al caminar empeoro

EJERCICIO

Cardiovascular (-/3) semanal (/+) Movimientos asimétricos Objetivos: mantenimiento/hipertrofia
 Estiramientos antes/después Movimientos sinérgicos Nivel: aficionado/profesional

EMOCIONAL

Depresión terapia/medicación Factores de Estrés: mi familia/mi trabajo/mi ritmo de vida
 Cambios de humor terapia/medicación Pérdida de: un ser querido/salud/autonomía

PROBLEMAS CONOCIDOS

Respiratorio <input type="radio"/> _____	Memoria <input type="radio"/> _____	Movilidad <input type="radio"/> _____
Circulatorio <input type="radio"/> _____	Concentración <input type="radio"/> _____	Equilibrio <input type="radio"/> _____
Digestivo <input type="radio"/> _____	Olfato <input type="radio"/> _____	Fuerza <input type="radio"/> _____
Urinario/Reproductivo <input type="radio"/> _____	Gusto <input type="radio"/> _____	Sensibilidad <input type="radio"/> _____
Inmunitario <input type="radio"/> _____	Visión <input type="radio"/> _____	Dental <input type="radio"/> _____
Metabólico <input type="radio"/> _____	Audición <input type="radio"/> _____	Pies <input type="radio"/> _____

Otros síntomas _____

HIDRATACIÓN

Actividad diaria ligera/moderada/intensiva/muy intensiva
 Vasos de agua al día (0)/(1-4)/(5-8)/(9-12)(13-16)/(17-20)
 Peso corporal (kg) (0-33)/(34-66)/(67-99)/100-133)

NUTRICIÓN

Mediterránea
 Vegetariana
 Otra

¿Qué quieres conseguir con la Quiropráctica?