



HISTORIAL QUIROPRACTICO

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 QUIMICO:

¿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 ☐ _____	Memoria ☐ _____	Movilidad ☐ _____
Circulatorio ☐ _____	Concentración ☐ _____	Equilibrio ☐ _____
Digestivo ☐ _____	Olfato ☐ _____	Fuerza ☐ _____
Urinario/Reproductivo ☐ _____	Gusto ☐ _____	Sensibilidad ☐ _____
Inmunitario ☐ _____	Visión ☐ _____	Dental ☐ _____
Metabólico ☐ _____	Audición ☐ _____	Pies ☐ _____

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?