

# Cuestionario de salud



Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el **motivo principal** de su visita hoy?

- A.** Para el programa de salud óptima     **B.** Por un problema en concreto     **C.** Ambas A+B

Explica en brevemente los motivos de la consulta hoy.	Grado de severidad entre 1-10 1= leve 10= muy severo	¿Cuándo empezó esta condición? (Poner la fecha)	¿Tuviste esta condición antes? ¿Cuándo? (Poner el mes/año)	¿Cómo empezó el problema?
1.				
2.				
3.				

2. Desde que **empezó**, el problema está:     Mejorando     Igual     Empeorando

3. ¿Usted ha visitado otro profesional de salud **para solucionar su problema**?

Quiropráctico    Médico    Fisioterapeuta    Osteópata    Otro: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última visita? \_\_\_\_\_ ¿Le ayudó? \_\_\_\_\_

4. ¿Esta condición **interfiere en cualquiera** de lo siguiente?

Trabajo    Dormir    Familia    Deporte/ejercicio    Otro: \_\_\_\_\_  
¿Cómo? \_\_\_\_\_

5. ¿Usted **padece o ha padecido** algunos de estos problemas?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Trauma cerebral            | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                  |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo         | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral           | <input type="checkbox"/> Asma/problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo          | <input type="checkbox"/> Artrosis / Artritis / Gota | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis               | <input type="checkbox"/> Cáncer _____                 |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Fracturas                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso repentino    |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja   | <input type="checkbox"/> Escoliosis                 | <input type="checkbox"/> Dolor que se despierta       |
| <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Problemas autoinmune       | <input type="checkbox"/> Otros: _____                 |

Explica en brevemente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Usted ha sufrido alguna **hospitalización u operaciones**?

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_  
¿Por qué?: \_\_\_\_\_

7. ¿Usted está tomando o ha tomado **medicación o suplementos** de manera habitual en los últimos 6 meses? (Analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, para hipertensión, antidepresivos, para colesterol, vitaminas etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Marca que síntomas tiene usted **AHORA** con 'A' y los que ha tenido en **PASADO** con 'P':

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña        | <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza piernas/pies | <input type="checkbox"/> Problemas hormonales     |
| <input type="checkbox"/> Dolor cervical                  | <input type="checkbox"/> Calambres musculares           | <input type="checkbox"/> Dificultad para concebir |
| <input type="checkbox"/> Hernia discal/protusión         | <input type="checkbox"/> Temblores                      | <input type="checkbox"/> Alergias                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de hombros                | <input type="checkbox"/> Dolor general                  | <input type="checkbox"/> Insomnio                 |
| <input type="checkbox"/> Hormigueos brazos/manos         | <input type="checkbox"/> Problemas visuales             | <input type="checkbox"/> Mal humor/Irritabilidad  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza manos         | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos            | <input type="checkbox"/> Fatiga                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor dorsal                    | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes          | <input type="checkbox"/> Vértigos/mareos          |
| <input type="checkbox"/> Dolor lumbar y pierna           | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos           | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/ansiedad     |
| <input type="checkbox"/> Hormigueos piernas/pies         | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                  | <input type="checkbox"/> Calambres/rampas         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de próstata           | <input type="checkbox"/> Cistitis                       | <input type="checkbox"/> Mala memoria             |
| <input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa/irregular |   | <input type="checkbox"/> Mala concentración       |

9. Su **nacimiento** fue:  con fórceps  cesárea  con epidural  
 Con complicaciones  con medicamentos para controlar el dolor  natural

10. Nuestros **hábitos y estrés diario** contribuyen a la existencia de interferencias nerviosas y el desarrollo de nuestros problemas de salud. Por favor, **marque** los hábitos con los que usted convive y la cantidad

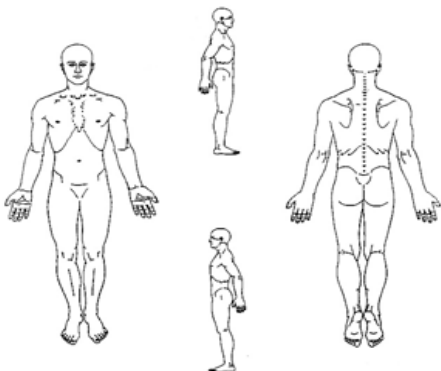
- | <b>Estrés físico</b>  | <b>Estrés emocional</b>                             | <b>Estrés químico</b>                                    |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caídas/resbalones                                  | <input type="checkbox"/> Familia                    | <input type="checkbox"/> Ambiental (en casa o trabajo)   |
| <input type="checkbox"/> Accidente de tráfico                               | <input type="checkbox"/> Profesión                  | <input type="checkbox"/> Ser fumador/a No. /día_____     |
| <input type="checkbox"/> Lesiones deportivas                                | <input type="checkbox"/> Dinero                     | <input type="checkbox"/> Cafeína No. /día_____           |
| <input type="checkbox"/> Malas posturas                                     | <input type="checkbox"/> Relaciones                 | <input type="checkbox"/> Refrescos No. /día_____         |
| <input type="checkbox"/> Llevar cartera en bolsillo                         | <input type="checkbox"/> Reprimir sentimientos      | <input type="checkbox"/> Alcohol No. /día_____           |
| <input type="checkbox"/> Dormir boca abajo                                  | <input type="checkbox"/> Ritmo de vida              | <input type="checkbox"/> Agua Litros/día_____            |
| <input type="checkbox"/> Trabajar al ordenador                              | <input type="checkbox"/> Ser irascible              | <input type="checkbox"/> Azúcar/dulces No. /día_____     |
| <input type="checkbox"/> Falta/exceso de ejercicio físico Horas/semana_____ | <input type="checkbox"/> Ser perfeccionista         | <input type="checkbox"/> Edulcorantes artificiales       |
| <input type="checkbox"/> Levantarse/agacharse de manera repetitiva          | <input type="checkbox"/> Falta iniciativa           | <input type="checkbox"/> Comer alimentación procesada    |
| <input type="checkbox"/> Tener sobrepeso                                    | <input type="checkbox"/> Pérdida afectiva           | <input type="checkbox"/> Comer poca fruta No. /día_____  |
| <input type="checkbox"/> Estar bajo de peso                                 | <input type="checkbox"/> Dormir mal                 | <input type="checkbox"/> Comer poca verdura No./día_____ |
| <input type="checkbox"/> Otro:_____   | <input type="checkbox"/> Tener poco tiempo personal | <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos              |
|   | <input type="checkbox"/> No tener aficiones         | <input type="checkbox"/> Estupefacientes                 |
|   | <input type="checkbox"/> Otro:_____                 | <input type="checkbox"/> Otro:_____                      |

¿Cuál es **la principal causa** de estrés en su vida?\_\_\_\_\_

12. ¿Cómo calcifica usted **los niveles de estrés** presentes en....? (Bajo, Medio, Alto)

En casa:\_\_\_\_\_ En el trabajo:\_\_\_\_\_ Aficiones:\_\_\_\_\_

13. ¿Qué **le gustaría hacer** usted en su vida que el nivel de salud **NO se lo permite** ahora?



14. Finalmente marca con una 'X' donde parece el problema en el cuerpo.

**De conformidad con lo establecida en la normativa vigente, he visto, leído y acepto el acuerdo en protección de datos de carácter personal. MATARÓ QUIROPRACTIC, le informa que los datos serán conservados durante el plazo legalmente establecido.**

**Firma**\_\_\_\_\_