



# HISTORIAL

PREPARADO PARA:

---

**LIFE**  
UNIVERSITY



## SOBRE SU SALUD

El cuerpo humano está diseñado para ser saludable. En el transcurso de su vida, se producen eventos que dañan la expresión de su salud. En este historial descubriremos las capas de daño, especialmente a su sistema nervioso, que le han ocasionado problemas de salud. Después de examinarlo, su quiropráctico diseñará un tratamiento para comenzar a corregir estas capas de daño y recuperar su potencial de salud innato.

## SOBRE SU ATENCIÓN

Los quiroprácticos proporcionan tres tipos de atención. La primera se denomina Atención Basada en la Condición y corrige la capa más reciente de daño espinal y neurológico (VSC). Esta atención por lo general reduce o elimina los síntomas. Luego comienza la Atención Correctiva, que corrige los años de daños que se produjeron cuando había pocos síntomas. Y, finalmente, el quiropráctico ofrece una estrategia genuina de Atención de Bienestar. Cuando se le informe sobre los resultados del examen, se le explicarán todas estas opciones. Luego podrá comenzar un tratamiento adecuado para sus objetivos de salud.

## PÉRDIDA DE BIENESTAR (DEL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS)

En el momento del nacimiento, cuando comienza a dañarse el sistema nervioso, su bienestar comienza a disminuir y comienza la tendencia a la mala salud.

Sí	No		Comentario del paciente (si la respuesta es sí)	Comentarios del quiropráctico
		<b>1. Embarazo</b>		
		<i>¿Su madre...</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fumaba o bebía alcohol?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se alimentaba adecuadamente?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se ejercitó durante el embarazo?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sufrió alguna caída o lesión durante el embarazo?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sufrió abuso físico o mental?	_____	_____
		<b>2. Nacimiento</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El parto fue largo?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El parto fue difícil?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fórceps?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cesárea?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Parto de nalgas o de cabeza?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Parto en casa?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Parto en el hospital?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se administraron fármacos a la madre durante el parto?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se indujo el parto?	_____	_____
		<b>3. Crecimiento y desarrollo</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le enseñaron a cuidarse la columna vertebral?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se caía de la cama?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Movía repetidamente la cabeza o se mecía?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se alimentó de leche materna?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades infantiles?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Accidentes?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cirugía?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Drogas?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se caía al aprender a caminar?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sus hermanos lo atormentaban?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Abuso infantil?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Castigos físicos? (¿Cómo?)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tirones de oreja/barbilla?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le sacaban la silla cuando se sentaba?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se cayó por las escaleras?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lo sacudían del brazo?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo algún otro trauma? ¿Cuál? ¿Cuándo?	_____	_____

# PÉRDIDA DE LA SALUD INTEGRAL (DE LOS 5 AÑOS AL PRESENTE)

A medida que aumentaron los daños, probablemente comenzó a sufrir síntomas y brotes de enfermedades en momentos al azar.

Sí	No		Comentario del paciente (si la respuesta es sí)	Comentarios del quiropráctico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le enseñaron cómo mover su cuerpo adecuadamente y cuidar de él?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma o ha fumado?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebe o ha bebido alcohol?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta (¿consume alimentos saludables?)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido algún accidente?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se ha sometido a cirugía y ablación/trasplante de órganos?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Drogas? (fármacos recetados o no)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas dentales?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas oculares?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas de audición?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace ejercicio regularmente?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Duerme bien (pesadillas)?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre de estrés ocupacional?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estrés físico?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estrés mental?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesiones deportivas o a causa de un hobby?	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otros traumas o problemas?	_____	_____

## SÍNTOMAS Y MALA SALUD (ESTADO ACTUAL DE MALA SALUD)

Los años de daños sin tratamiento se manifiestan como síntomas agudos o crónicos.

### Otros síntomas.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza     | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del rostro    | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Manos frías            |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello    | <input type="checkbox"/> Cuello tieso                 | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Molestia estomacal     |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas     | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento          |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda      | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los brazos      | <input type="checkbox"/> Fiebre                | <input type="checkbox"/> Sudor frío             |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo           | <input type="checkbox"/> Dedos de la mano entumecidos | <input type="checkbox"/> Desmayos              | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Tensión               | <input type="checkbox"/> Dedos del pie entumecidos    | <input type="checkbox"/> Pérdida del olfato    | <input type="checkbox"/> Ruido en los oídos     |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad         | <input type="checkbox"/> Falta de aire                | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto     |   |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho   | <input type="checkbox"/> Fatiga                       | <input type="checkbox"/> Diarrea               |   |
| <input type="checkbox"/> Mareos                | <input type="checkbox"/> Depresión                    | <input type="checkbox"/> Pies fríos            |   |

### PROBLEMA ACTUAL

Problema principal \_\_\_\_\_

El dolor o el problema comenzó cuando: \_\_\_\_\_

El dolor es:  Agudo  Sordo  Constante  Intermitente      ¿El problema se está agravando?  Sí  No

¿Qué actividades agravan su afección/dolor? \_\_\_\_\_

¿Su afección empeora en ciertos momentos del día?  Sí  No Si respondió sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

(Marque con un círculo) ¿Esta afección afecta...      su trabajo?    sus horas de sueño?    su rutina?    Otro: \_\_\_\_\_

Otros médicos a los que ha consultado por esta afección: \_\_\_\_\_

¿Remedios caseros? \_\_\_\_\_

# SÍNTOMAS Y MALA SALUD (CONT.)

¿Ha recibido atención médica y farmacológica?  Sí  No

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto hace que los toma? \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a cirugía?  Sí  No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué efectos secundarios sufrió por los medicamentos y la cirugía?

## HISTORIA FAMILIAR

### Línea paterna

- Afecciones cardíacas
- Artritis
- Cáncer
- Diabetes
- Otra: \_\_\_\_\_

### Línea materna

- Afecciones cardíacas
- Artritis
- Cáncer
- Diabetes
- Otra: \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (Edad: \_\_\_\_ ) Si fue derivado, ¿por quién? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Estado civil: S C D V Nombre y ocupación del cónyuge: \_\_\_\_\_

Cant. de hijos y edades: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido tratamiento quiropráctico?  Sí  No

¿Ha sufrido algún accidente?  Sí  No  Laboral  Automovilístico  Otro: \_\_\_\_\_

Naturaleza del accidente: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

¿Fue hospitalizado después del accidente?  Sí  No

¿Debió faltar al trabajo como resultado?  Sí  No ¿Cuántos días? \_\_\_\_\_

¿Hay una empresa de seguros involucrada?  Sí  No ¿Qué empresa? \_\_\_\_\_

Nombre del abogado  n/a \_\_\_\_\_ N.º de reclamo: \_\_\_\_\_

Comentarios (solo para uso del consultorio): \_\_\_\_\_