

HISTORIAL CONFIDENCIAL

Nom i cognoms: _____ Data naixement: _____ D.N.I: _____

Direcció: _____ n°: _____ p: _____

Ciutat: _____ C.P: _____ Professió: _____

Telèfon: _____ Mòbil: _____ e-mail: _____

Tens fills? Si / No Quants? _____ Quines edats tenen? _____

Has rebut cures quiropràctiques ? Si / No Com ens has conegut ? _____

Data primera visita: _____

Explica'ns perquè acudeixis al nostre centre

Descriu els següents aspectes de la teva vida

A la feina et trobes (a gust, estressat/ta, sense ganes ni energia)	Treball espiritual (meditació, creixement personal, resar, etc.)	Practiques esports o activitat física? Que practiques?	Si	No
Ambient familiar (bona relació, problemàtic, etc.)	Com és el teu son (profund, reparador, interromput, etc.)	La teva energia física és (constant, baixa, o ambalts i baixos,)		
Emocionalment ets (tranquil/la, depressiu/va, ansiós/sa, etc.)	Has tingut alguna caiguda o accident de trànsit?	Fas esforç físic per la feina o fent esport?		

Respon en referència als teus hàbits

Fumes	Sí	No	Quants:	Prens	Sí	No	Quines:
Beus			Quants:	Làctics			
Alcohol	Sí	No		Aliments poc sans	Sí	No	
Cafè/te	Sí	No		Medicaments	Sí	No	
Refresc estimulant	Sí	No		Vitamines	Sí	No	

Pèrdua de salut

Marca amb una creu els símptomes que has pogut experimentar o els problemes en els diferents sistemes del teu organisme. Exemple: S.respiratori: Asma, tos crònica/S.Integumentari: psoriasis...

SÍMPTOMA	SISTEMA	
Concentració i memòria	S. nerviós	
Migranyes/mal de cap	S. immunitari	
Vertigen	S. linfàtic	
Nerviosisme	S. cardiovascular	
Cansanci	S. respiratori	
Insomni	S. digestiu	Com es la teva digestió?
Tensió arterial	S. urinari	
Nàusea	S. endocrí	
Al·lèrgies	S. reproductor	
Salut dèbil	Sentis (oïda, vista, tacte, gust, olfacte)	
Disfunció sexual		
Arthrosis	S. locomotor (ossos, músculs)	
Infeccions cròniques		
Mal d'esquena	S. integumentari (pell, ungles, pèl)	
Altres:		

Malalties importants: _____