



HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____ Rayos X de columna vertebral _____ Análisis de sangre _____

Examen de columna _____ Radiografía de tórax _____ Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Papera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Coolesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

EJERCICIO

- Ninguno
- Moderado
- Diariamente
- Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
- Permanecer parado
- Trabajo liviano
- Trabajo Intenso

HÁBITOS

- Fumar
- Alcohol
- Café/bebidas con cafeína
- Alto nivel de estrés

Paquetes por día _____
 Tragos por semana _____
 Tazas por día _____
 Motivo _____

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas

	Descripción	Fecha
Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____



MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____

Teléfono de la farmacia (____) _____