



# Historia Clínica

Folio asignado: \_\_\_\_\_

## Datos del paciente

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ M ☐ F  
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Tel. Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Antecedentes Personales

¿Padece alguna de estas enfermedades? Diabetes \_\_\_\_\_ Presión Alta/Baja \_\_\_\_\_ Gastritis \_\_\_\_\_  
Problemas cardíacos \_\_\_\_\_ Osteoporosis \_\_\_\_\_ Otra (s): \_\_\_\_\_  
¿Está en tratamiento actualmente? ☐ Si ☐ No Medicamentos \_\_\_\_\_  
¿Es usted alérgico? ☐ Si ☐ No ¿A qué? \_\_\_\_\_  
¿Ha sido operado? ☐ Si ☐ No ¿De qué? \_\_\_\_\_  
Diagnóstico (s) \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_  
¿Fuma? ☐ Si ☐ No ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  
¿Ingiere bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
¿Practica algún deporte? ☐ Si ☐ No ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_  
¿A tenido algún padecimiento de espalda? ☐ Si ☐ No ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_  
¿A utilizado plantillas? ☐ Si ☐ No ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_  
¿Acude con algún quiropráctico? ☐ Si ☐ No Frecuencia \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## Antecedentes Familiares

¿Alguna persona en su familia padece o padeció alguna de estas enfermedades?  
Diabetes \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Presión Alta \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Problemas Cardíacos \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_  
Padres: Vivos \_\_\_\_\_ Fallecidos \_\_\_\_\_ Causas: \_\_\_\_\_  
Hermanos: Vivos \_\_\_\_\_ Fallecidos \_\_\_\_\_ Causas: \_\_\_\_\_  
Hijos: Vivos \_\_\_\_\_ Fallecidos \_\_\_\_\_ Causas: \_\_\_\_\_  
Otros antecedentes familiares de interés: \_\_\_\_\_

## Accidentes Anteriores

## Motivo de consulta

☐ Si ☐ No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

## Zonas con dolor

Por favor indique las zonas del cuerpo donde presenta dolor.



## Padecimientos

¿Tiene o ha tenido los siguientes padecimientos?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Dolor de cabeza                    | <input type="radio"/> Mareos           |
| <input type="radio"/> Dolor de cuello                    | <input type="radio"/> Falta de energía |
| <input type="radio"/> Dolor de espalda                   | <input type="radio"/> Artritis         |
| <input type="radio"/> Dolor de tobillo                   | <input type="radio"/> Insomnio         |
| <input type="radio"/> Dolor de rodilla                   | <input type="radio"/> Colitis          |
| <input type="radio"/> Adormecimiento de extremidades     |  |
| <input type="radio"/> Problemas de hombro codo o muñecas |  |

## Firma

Ratifico que todos los datos que proporciono en esta Historia Clínica son ciertos y actualizados al día de hoy.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_