

## Historia del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

1.Cuál es su problema o lesion? \_\_\_\_\_

2. Cómo comenzó el problema? \_\_\_\_\_

3. Cuándo comenzó el problema? \_\_\_\_\_

4. Qué tipo de trabajo tiene? \_\_\_\_\_

5. Está trabajando? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no esta trabajando, es por el dicho problema? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. Antes de esta lesion, estaba usted completamente libre de sintomas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. Le habia ocurrido algo similar antes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. Cuáles ostros tratamientos ha recibido para este problema?

Señale uno: Terapia Física \_\_\_\_\_ Chiropractica \_\_\_\_\_

Medica \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

9. Qué clase de actividades alivian su dolor?

Sentado \_\_\_\_\_ Parado \_\_\_\_\_

Caminando \_\_\_\_\_ Acostado \_\_\_\_\_

10. Qué clase de actividades aumentan su dolor?

Sentado \_\_\_\_\_ Parado \_\_\_\_\_

Caminando \_\_\_\_\_ Acostado \_\_\_\_\_

11. Tiene usted la sensación de hormiguear o entumido?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12. Tiene ostros problemas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Está tomando medicamentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuales? \_\_\_\_\_

14. Demuestre en la figure del cuerpo las areas de incomodidad.

