

Nombre:

Edad:

Dirección:

Profesión:

Teléfono:

Consulta:

- . Dónde te duele?
- . Podrías describir el tipo y grado de dolor? Constante, agudo...
- . Se relaciona el dolor con alguna acción del día? Empeora por la noche, rigidez matinal...
- . Qué agrava el dolor?
- . Qué alivia el dolor?
- . Cuándo empezaron los síntomas? Qué hacías?
- . Has visitado antes a otros profesionales de la salud?
- .Cuál es tu opinión respecto al problema?
- . Has tenido este problema anteriormente? En cuántas ocasiones te ha ocurrido?

Historia Clínica

- . Intervenciones quirúrgicas, fracturas, distensiones...
- . Hospitalización:
- . Medicación y prescripción:

Otra información (que aunque pudiera parecer irrelevante podría ser de gran importancia)

. Historia médica de familia:

- . Fumas/bebes:
- . Deportes:
- . Duermes bien?
- . Alguna alergia o intolerancia?
- . Historia dental:
- . Migrañas, vértigos, infecciones recurrentes ...?
- . Alguna disfunción respiratoria, cardio-vascular, digestiva, urogenital?