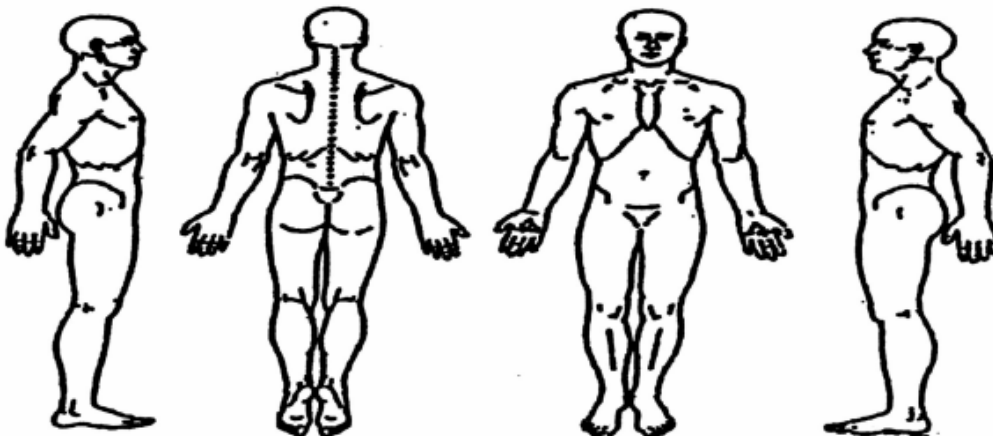


# HISTORIAL CLÍNICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Es el problema de hoy causado por:  Accidente automovilístico  Compensación de trabajo

2. Indique en el dibujo debajo donde tiene dolencias/síntomas



3. Que tan frecuente presenta los síntomas?

- Constantemente (76-100% del tiempo)  Ocasionalmente (26-50% del tiempo)  
 Frecuentemente (51-75% del tiempo)  Intermitentemente (1-25% del tiempo)

4. Como describiría el tipo de dolencia?

- Agudo  Dormido  
 Sordo  Hormigueo  
 Difuso  Agudo con movimiento  
 Incomoda  Fuerte con movimiento  
 Quemante  Punzante con movimiento  
 Fuerte  Eléctrico con movimiento  
 Rígido  Otro: \_\_\_\_\_

5. Como cambian sus síntomas con el tiempo?

- Empeoran  Se mantienen igual  Mejoran

6. Usando una escala del 0-10 (10 siendo lo peor), en que posición colocaría su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (circule el número que mejor lo describe)

7. Cuanto a interferido el problema con su trabajo?

- en lo absoluto  un poco  moderadamente  considerablemente  bastante

8. Cuanto ha interferido el problema con su vida social?

- en lo absoluto  un poco  moderadamente  considerablemente  bastante

9. Ha quien más a acudido por su problema?

- Quiropráctico  Neurólogo  Doctor general  
 Doctor de emergencia  Ortopedista  Otro: \_\_\_\_\_  
 Masajista  Terapeuta físico  Nadie

10. Por cuanto tiempo ha tenido el problema? \_\_\_\_\_

11. Como cree que comenzó el problema?  
\_\_\_\_\_

12. Considera usted que este problema sea severo?

- Si  Si, a veces  No

13. Que agrava el problema?  
\_\_\_\_\_

14. Que es lo que más le preocupa de su problema; que es lo que le impide hacer?  
\_\_\_\_\_

15. Cual es su: Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_

16. Como calificaría su salud en general?

- Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Pobre

17. Que tipo de ejercicio realiza?

- Agitador  Moderado  Liviano  Ninguno

