

CUESTIONARIO PARA PACIENTES

A cumplimentar por el/la paciente:



medico
sacrum

ORIGENE RÜCKENTHERAPIE

Datos generales

Nombre: _____

Calle, número: _____

Código postal, localidad: _____

Teléfono: _____

Para mujeres: Hijos: _____ Parto normal Cesárea

Deporte y aficiones (tipo, frecuencia): _____

Fecha de nacimiento: _____

Estatura (cm): _____ Peso (kg): _____

Profesión: _____

Diagnósticos médicos ref. aparato circulatorio

- | | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis | <input type="checkbox"/> Enfermedades vasculares |
| <input type="checkbox"/> Infarto de corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos / Desfibrilador Automático Implantable (DAI) | |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | | |

Diagnósticos médicos ref. a otras enfermedades y su tratamiento

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operaciones de tumores | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Operaciones |
| <input type="checkbox"/> Caída, accidente | <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Mareos repentinos |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Síntomas neurológicos | <input type="checkbox"/> Alteraciones/Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Variaciones de peso corporal | <input type="checkbox"/> Estrés/Fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Reuma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme (borreliosis) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Depresiones | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

Consumo de

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Analgésicos | <input type="checkbox"/> Inhibidores de acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes |
| <input type="checkbox"/> Antidepresivos | <input type="checkbox"/> Antihistamínicos | <input type="checkbox"/> Antibióticos, última toma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicación hormonal (por ej., anticonceptivos) | | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | | |

Diagnósticos médicos del sistema músculo-esquelético

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fracturas óseas | <input type="checkbox"/> Rotura/Desgarro de tendones o ligamentos | <input type="checkbox"/> Hernias discales |
| <input type="checkbox"/> Protusión de disco(s) intervertebral(es) | <input type="checkbox"/> Estenosis espinal | <input type="checkbox"/> Espondilolistesis |
| <input type="checkbox"/> Oblicuidad pélvica | <input type="checkbox"/> Diferencia en longitud de piernas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis, calificación-T |
| <input type="checkbox"/> Artrosis | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Escoliosis con torsión |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | | |