



Quiroclínica
Centro quiroprático

Bem-vindo(a) à **Quiroclínica**. O nosso principal objetivo é ir ao encontro dos problemas que o(a) trouxeram cá e oferecer-lhe a oportunidade de melhorar a sua saúde como um todo. Solicitamos-lhe que preencha com rigor o formulário que anexamos sobre os seus dados pessoais sobre os quais é assegurado total sigilo. As informações prestadas são de importância fundamental para podermos fazer o diagnóstico e propor-lhe o cuidado quiroprático.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Como gosta de ser chamado: _____

Endereço: _____

Localidade: _____ Código postal: _____ - _____ Telef.: _____ Telemóvel: _____

Profissão: _____ Empresa: _____ Telef. trabalho: _____ Estado Civil: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Nome do Cônjuge: _____

Nome e idade do(s) seu(s) filho(s): _____

Email: _____ NIF: _____

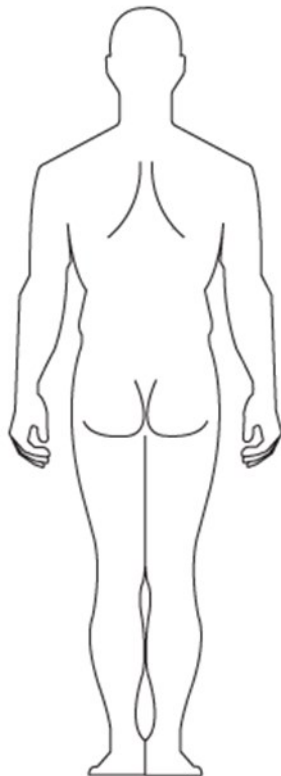
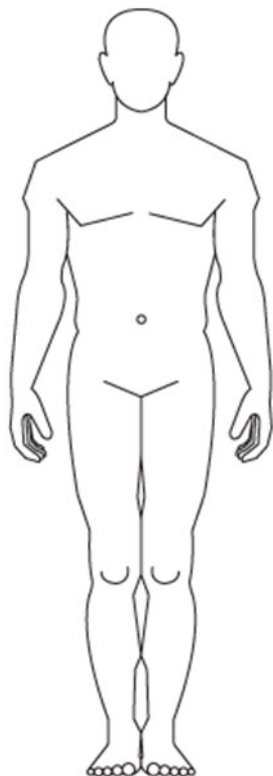
Como teve conhecimento da clínica? _____

Qual a **causa** desta consulta: Dores Prevenção Manutenção

Quais são os seus objetivos: Alívio temporário das dores Correção do problema

SITUAÇÃO CLÍNICA

Assinale na figura e faça corresponder a legenda à área/às áreas que o preocupam mais neste momento:



Legenda:

Tensão (T)

Que mói (M)

Aguda (A)

Dormência (D)

Formigueiro (F)

Tipo de dor: Constante Vai e vem

Irradia Generalizada

Sente-se Melhor (M) Pior (P) ou Não há Diferença (ND) quando:

Sentado/a ___ Humidade ___

Deitado/a ___ Espirra/ Tosse ___

Em Pé ___ Mudança de Temperatura ___

Faz Exercício ___ Dobrado/a ___

Já foi visto por algum especialista para a resolução deste problema? Qual e o que foi diagnosticado?

Há quanto tempo tem estes sintomas? _____

O problema está: A melhorar A piorar Na mesma

Indique 2 ou 3 aspetos que são importantes para si e que este problema tem impossibilitado de fazer:

_____ , _____ , _____

Alguma vez teve:

Quedas (Quando e como):

Acidentes (Quando e como):

Fracturas (Quando e onde): _____

Já fez alguma **cirurgia**? _____ Se Sim Qual?(indique qualquer cirurgia, mesmo que não se relacione com o seu problema)

Está a tomar algum **medicamento**? Se sim, qual e para que efeito?

É fumador/a? _____ Pratica exercício? Qual? Frequência? _____

Considera que tem uma alimentação equilibrada? _____ Está a fazer algum regime alimentar? Se Sim, Qual? _____

PROBLEMAS DE SAÚDE:	Frequente (F) ou Ocasional (O)	Informação adicional:
Dores de cabeça/ Enxaquecas		
Zumbidos nos ouvidos		
Alergias		
Nervosismo		
Problemas respiratórios		
Artrite / Artrose		
Problemas digestivos		
Problemas de pele		
Perda de sono		
Dormências e/ou formigueiros		
Problemas cardíacos		
Bruxismo		
Dificuldade em mastigar		
Problemas olhos - nariz - garganta - ouvidos		

SEXO MASCULINO:

Problemas de próstata

Problemas sexuais

SEXO FEMININO:

Dores Menstruais/Fluxo excessivo/Ciclo irregular

Calores

Aborto espontâneo

Cãibras

Data: ____/____/____

Assinatura: _____