



## Historial Confidencial del Paciente ÚNICAMENTE para Terapia Magnética

**Favor de usar letra de molde**

Nombre y apellidos:		fecha:
Fecha de nacimiento:	MES / DÍA / AÑO	Edad: Sexo: ___F / ___M
Estado civil:	Embarazo _____ Si _____ No	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:	Celular:	*Compañía de celular: _____
e-mail:	¿Nos autoriza a enviarle información y ofertas por email? ___ Sí ___ No	
¿Cómo prefiere recibir los recordatorios de su cita? ___ Celular ___ Teléfono de casa ___ Mensaje de texto		
Lugar de trabajo:	Ocupación:	
Dirección del trabajo:	Teléfono:	
¿Cómo supo de nosotros?		
En caso de emergencia llamar al:	Relación con paciente:	
<b>Razón(es) por la(s) cual(es) nos visita:</b>		<b>Fecha en que comenzó:</b>
1.		
2.		
3.		
Otros síntomas:		
Doctores que ha visitado recientemente y sus especialidades:		
¿Ha tomado terapia magnética anteriormente? _____ Si _____ No		
¿Está tomando algún medicamento con o sin receta? ¿Cuál(es)?		
Describa todas las hospitalizaciones, cirugías u operaciones que usted haya tenido y las fechas:		

**Lesiones antiguas pueden afectar el estado de salud actual. Por favor, marque X en todo lo que corresponda.**

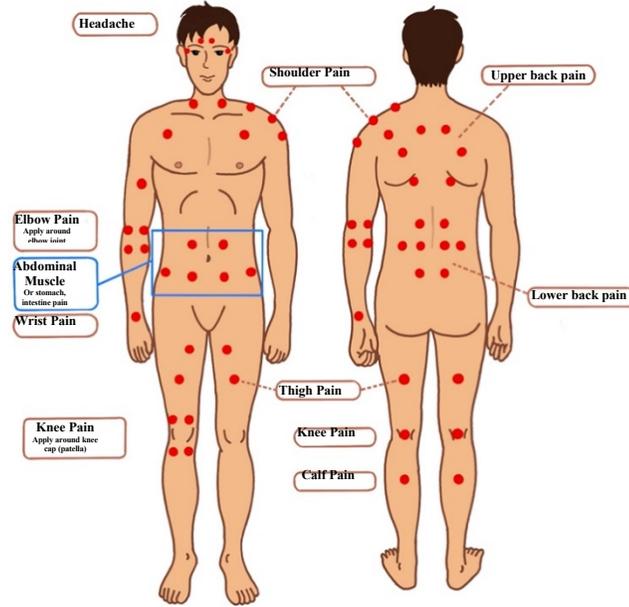
- |  |  |                                  |   |
|--|--|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> caídas/accidentes      | <input type="radio"/> lesiones de cráneo | <input type="radio"/> peleas     | <input type="radio"/> lesiones deportivas           |
| <input type="radio"/> fracturas óseas        | <input type="radio"/> dislocaciones      | <input type="radio"/> cirugía    | <input type="radio"/> golpes en la columna          |
| <input type="radio"/> uso de bastón/ andador | <input type="radio"/> aparatos dentales  | <input type="radio"/> tracción   | <input type="radio"/> trabajo odontológico excesivo |
| <input type="radio"/> marcapaso              | <input type="radio"/> aparatos auditivos | <input type="radio"/> trasplante | <input type="radio"/> implantes eléctricos          |

Alergias a medicamentos y suplementos naturales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor.** Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina.



**Marque si padece de lo siguiente:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> artritis            | <input type="checkbox"/> pérdida de fuerza      | <input type="checkbox"/> indigestión         |
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello     | <input type="checkbox"/> entumecimiento         | <input type="checkbox"/> estreñimiento       |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda    | <input type="checkbox"/> problemas ortopédicos  | <input type="checkbox"/> cáncer              |
| <input type="checkbox"/> dolor de hombros    | <input type="checkbox"/> escoliosis             | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> dolor de rodillas   | <input type="checkbox"/> dolor de crecimiento   | <input type="checkbox"/> alta presión        |
| <input type="checkbox"/> dolor de coyunturas | <input type="checkbox"/> fracturas              | <input type="checkbox"/> desmayos            |
| <input type="checkbox"/> adormecimiento      | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza        | <input type="checkbox"/> diabetes            |
| <input type="checkbox"/> calambres           | <input type="checkbox"/> migraña                | <input type="checkbox"/> alergias            |
| <input type="checkbox"/> hormigueos          | <input type="checkbox"/> depresión/ nerviosismo | <input type="checkbox"/> asma                |
| <input type="checkbox"/> inflamaciones       | <input type="checkbox"/> insomnio               | <input type="checkbox"/> resfriados          |
| <input type="checkbox"/> bursitis            | <input type="checkbox"/> falta de memoria       | <input type="checkbox"/> sinusitis           |
| <input type="checkbox"/> discos herniados    | <input type="checkbox"/> déficit de atención    | <input type="checkbox"/> vértigo (mareos)    |
| <input type="checkbox"/> ciática             | <input type="checkbox"/> hiperactividad         | <input type="checkbox"/> dolor de oídos      |
| <input type="checkbox"/> neuritis/neuropatía | <input type="checkbox"/> incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> zumbido en oídos    |
- fuma \_\_\_ pqt/s/ día       alcohol \_\_\_ tragos/semana       café/refrescos \_\_\_ vasos/día  
 Estrés: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No       mínimo       moderado       severo

Nombre del paciente (En letra de molde)

Firma del paciente

Fecha