

¡Bienvenido a LUNDGREN LIFE CENTRE!

Aquí comienza el cambio

Por favor, llena tus datos

Fecha:

Primer Nombre:		Apellido Paterno:	
Segundo Nombre:		Apellido Materno:	
Fecha de Nac.:	DNI / CE:	Estado Civil:	
Celular:	E-mail:		
Tel. Casa:		Tel. Trabajo:	
Domicilio:			
Distrito:		Provincia:	
Departamento:		País:	

Parte I: TUS PREOCUPACIONES Y SINTOMAS A NIVEL DE LA SALUD Y COMO PODRIAN AFECTAR TU VIDA

1) ¿Tienes alguna preocupación a nivel de tu salud? Por favor descríbela:			
2) ¿Cuándo empezó esta situación o preocupación?			
3) ¿Has hecho algo al respecto u obtenido consejo o tratamiento para esto?			No Sí
4) Si la respuesta fue Sí, ¿Qué te dijeron y que has hecho al respecto?			
5) ¿Cuál fue el resultado?			
6) ¿Funcionó?			
7) ¿Qué cambió en ti después del tratamiento?			
8) ¿Qué cambió o era diferente de tu condición o síntoma después del tratamiento?			
9) Por favor califica el grado en que tus actuales síntomas o preocupaciones afectan los siguientes aspectos de tu vida:			
3 = drásticamente	2 = moderadamente	1 = ligeramente	0 = no me afecta
Afecta mi trabajo		Afecta durante el día	Afecta al comer
Afecta mi vida social		Afecta en las noches	Afecta al caminar
Afecta mi vida de pareja		Afecta en actividades recreativas	
Afecta a la hora de dormir		Afecta para descansar	
Afecta mis ejercicios físicos		Me preocupa mi salud	
Afecta mi estado de ánimo		Me preocupa un síntoma en particular	
10) ¿Algún familiar a tenido lo mismo o algo similar?			No Sí
11) ¿Qué hizo al respecto?			

12) ¿Funcionó? Describe:			
13) ¿Qué tan intenso está en el día?	0 1 2 3	¿En la noche?	0 1 2 3
14) ¿Hay algo que hagas que mejora esta preocupación o síntoma?			
15) ¿Hay algo que hagas que empeora esta preocupación o síntoma?			
16) ¿Por qué piensas que esto te está ocurriendo o te continúa ocurriendo?			
17) ¿Crees que esto es la única causa?		No	Sí
18) Si no, ¿qué más está involucrado?			
19) Si este síntoma se fuese el día de mañana, ¿Cómo cambiaría tu vida, qué sería diferente?			
20) ¿Qué cosas han cambiado en tu vida debido a este síntoma?			
21) Desde que comenzó este síntoma, condición o preocupación:			
a) ¿Has cambiado algún hábito?			
b) ¿Has tocado una parte de tu cuerpo más frecuente o diferentemente?			
c) ¿Has llorado, gritado o hecho sonidos que no sueles hacer?			
22) Indica cuál de las siguientes declaraciones describe cómo te sientes acerca de ti mismo y tu salud actual:			
a) "No sé qué hacer, siento que prácticamente nada funciona."			
b) "Me siento pésimo, estoy asustado y espero que tú me puedas curar."			
c) "Me siento atracado, bloqueado y no puedo solucionarlo yo mismo."			
d) "Yo merezco más de lo que he experimentado hasta ahora y me gustaría que me guíes en el proceso de curación."			
e) ¿Algo más?			
23) Por favor, usa la siguiente escala e indica el grado:			
0 - Nada	1 - Leve	2 - Moderado	3 - Extremo
a) Actualmente, ¿cuán incómoda está tu situación, condición o síntoma?			0 1 2 3
b) Cuán incómoda fue en el pasado?			0 1 2 3

Parte II: HISTORIA EMOCIONAL, FÍSICA, QUÍMICA Y TERAPIAS PREVIAS

24) ¿Alguna vez has estado inconsciente?	No	Sí	
Describe:			
25) ¿Alguna vez has utilizado muletas, bastón o andador?	No	Sí	
Describe:			
26) ¿Te has roto algún hueso?	No	Sí	
Describe:			
27) ¿Alguna vez has tenido un golpe, caída o choque que haya podido afectar tu columna?	No	Sí	
Describe:			
28) ¿Alguna vez te internaron en un hospital o clínica?	No	Sí	
Describe:			
29) ¿Has tenido alguna cirugía? (De cualquier tipo)	No	Sí	
Describe:			
30) ¿Alguna vez tuviste o hiciste:			
<i>Rayos X en la columna</i>	<i>Ultrasonido</i>	<i>Collarín cervical</i>	
<i>Resonancia magnética</i>	<i>Tracción</i>	<i>Fisioterapia</i>	
31) ¿Tu columna ha sido ajustada profesionalmente alguna vez?	No	Sí	
32) ¿Hace cuánto tiempo y quién realizó el ajuste?			
33) ¿Por qué motivo fuiste?			
34) ¿Sigues yendo?	No	Sí	
35) ¿Alguien en tu familia recibe cuidado Quiropráctico?	No	Sí	
36) Durante el día:			
<i>Estás mayormente de pie</i>	<i>Estás mayormente sentado</i>	<i>Realizas trabajo técnico</i>	
<i>Trabajas en un escritorio</i>	<i>Manejas/conduces</i>	<i>Realizas trabajo mecánico</i>	
<i>Trabajas al teléfono</i>	<i>Caminas</i>	<i>Cargas peso</i>	
37) Por favor califica tus elecciones alimenticias según las opciones enunciadas:			
3 = consumo diario	2 = consumo semanal	1 = consumo raramente	0 = no consumo
<i>Pollo / Aves</i>	<i>Alimentos orgánicos</i>	<i>Bebidas dietéticas / light</i>	
<i>Res</i>	<i>Vegetales crudos</i>	<i>Gaseosas</i>	
<i>Cerdo</i>	<i>Vegetales cocidos</i>	<i>Alcohol</i>	
<i>Pescado</i>	<i>Vegetales enlatados</i>	<i>Café</i>	
<i>Mariscos</i>	<i>Fruta</i>	<i>Tabaco</i>	
<i>Huevos</i>	<i>Jugos</i>	<i>Endulzantes artificiales</i>	
<i>Lácteos</i>	<i>Granos enteros</i>	<i>Azúcar refinada (blanca)</i>	
<i>Comida chatarra</i>	<i>Comida dietética / light</i>	<i>Vitaminas/suplementos</i>	
38) ¿Trabajas con químicos, polvo, humo, etc. por períodos prolongados?	No	Sí	
39) ¿Has trabajado con químicos, polvo, etc. por períodos prolongados?			
No	Sí		
40) Anota cualquier medicamento que utilices actualmente y los efectos secundarios: (con y sin receta)			

41) Por favor anota los suplementos alimenticios, hierbas o remedios naturales que tomas regularmente:
42) ¿Hay algún aspecto de tu vida que te sea placentero, te traiga felicidad o te haga sentir bien sobre ti mismo?
43) Cuando estás estresado, ¿Qué haces para relajarte o retomar perspectiva?

Parte III: CÓMO LLEGASTE AL CENTRO Y CÓMO ESPERES BENEFICIAR

44) ¿Cómo descubriste nuestro centro y servicios profesionales?	
<i>Recomendación:</i>	<i>TV:</i>
<i>Página Web:</i>	<i>Radio:</i>
<i>Facebook:</i>	<i>Periódico:</i>
<i>Seminario:</i>	<i>Revista:</i>
<i>Conferencia:</i>	<i>Páginas Amarillas:</i>
<i>Campaña:</i>	<i>Otros:</i>

45) ¿Cómo Esperas Beneficiarte? Por favor califica con los siguientes enunciados,		
	<i>A) muy importante para mí</i>	<i>B) importante para mí</i>
	<i>C) no tan importante para mí</i>	<i>D) insignificante para mí</i>
Corto Plazo	Objetivo	Largo Plazo
	Mejorar mis síntomas físicos	
	Mejorar síntomas emocionales/mentales	
	Mejorar mi habilidad para responder ante el estrés	
	Incrementar mi habilidad para hacer elecciones más constructivas	
	Mejorar e incrementar mi calidad de vida	

Gracias por elegir nuestro centro y tomar el tiempo necesario para completar esta ficha. La educación es la clave para el éxito, por eso enfocamos en brindarte la mejor información y educación. Trabajaremos juntos para lograr liberar su Sistema Nervioso de tensiones e interferencias tanto internas como externas, y facilitar el proceso natural con el que su cuerpo cuenta para auto-regularse. Esperamos que su experiencia en nuestro Centro cubra sus expectativas. Le agradecemos y apreciamos esta oportunidad para servirle.

Bienvenido a nuestro Centro de Cuidado Quiropráctico y de Formación Wellness

LUNDGREN LIFE CENTRE: Calle Monte Grande 109 Of. 503, Chacarilla, Surco, Lima 33, Perú.
T.(511) 372-4233 (511) 991-661-057 e-mail: info@lundgrenlifecentres.com