

# 1ª Visita Naprapatía - Mi salud general

Indique con ( **no** ) o ( **sí** ), en el caso de (si) detallar (como / cuando / que etc...)

He sufrido / sufro de:

Accidentes:
Fractura:
Operaciones :
Mareos / Desmayos:
Dolor de cabeza:
Enfermedades
Fiebre (últimamente):
Depresión
Estrés
Tensión arterial
Problemas del sueño
Problemas digestivos
Problemas respiratorios
Alergias
Tomo medicamentos:
Ingresada / o

Fecha y firma: