



Estimado Asociado de la AEQ,

Para facilitar referencias entre quiroprácticos, la AEQ tendrá disponible los siguientes datos en la página web “Profesional”, de acceso restringido para miembros de la AEQ.

Por favor, rellena la hoja y envíala a la AEQ, C./ Marqués de Cubas 25, 3º ext. izq., of. 2, 28014 Madrid. Gracias.

Nombre: _____

Universidad Quiropráctica de Graduación: _____ Año: _____

Quiero tener mis datos disponibles para uso de los quiroprácticos asociados de la AEQ: SI ___ NO ___

Por favor, marca la casilla que corresponda a las **técnicas utilizadas**:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Activator Methods | <input type="checkbox"/> Motion Palpation |
| <input type="checkbox"/> Active Release Technique | <input type="checkbox"/> Myofascial Technique |
| <input type="checkbox"/> Advanced Biostructural Correction | <input type="checkbox"/> National Upper Cervical Chiropractic Association (NUCCA) |
| <input type="checkbox"/> Applied Kinesiology AK | <input type="checkbox"/> Network Chiropractic |
| <input type="checkbox"/> Atlas Orthogonal Technique (AOT) | <input type="checkbox"/> Neural Emotional Technique |
| <input type="checkbox"/> Bio Cranial Therapy | <input type="checkbox"/> Neural Integration Technique |
| <input type="checkbox"/> Bio-Geometric Integration | <input type="checkbox"/> Neural Organization Technique |
| <input type="checkbox"/> Blair Upper Cervical Technique | <input type="checkbox"/> Pettibon Technique |
| <input type="checkbox"/> Chiropractic Biophysics | <input type="checkbox"/> Pierce-Stillwagon Technique |
| <input type="checkbox"/> Cox Flexion-Distraktion | <input type="checkbox"/> Sacro Occipital Technique (SOT) |
| <input type="checkbox"/> Cranial Technique | <input type="checkbox"/> Tensegrity Therapy |
| <input type="checkbox"/> Directional Non-Force Technique(D.N.F.T.) | <input type="checkbox"/> Thompson Drop-Table Technique |
| <input type="checkbox"/> Diversified | <input type="checkbox"/> Toftness Technique |
| <input type="checkbox"/> Extremity Technique | <input type="checkbox"/> Toggle Recoil |
| <input type="checkbox"/> Gonstead | <input type="checkbox"/> Total Body Modification |
| <input type="checkbox"/> Grostic Technique | <input type="checkbox"/> Torque Release Technique |
| <input type="checkbox"/> HIO/Upper Cervical | <input type="checkbox"/> Otras. Indica cuales: |
| <input type="checkbox"/> Kale Technique | _____ |
| <input type="checkbox"/> Logan Basic | _____ |

Por favor, marca la casilla que corresponda a los **títulos obtenidos**:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diplomado en Radiología | <input type="checkbox"/> Diplomado en Neurología |
| <input type="checkbox"/> Diplomado en Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Otros. Indica cuales: |
| <input type="checkbox"/> Diplomado en Pediatría | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diplomado en Nutrición | _____ |

Firma: _____

Fecha: _____