



HISTORIAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO

Datos Demográficos	
HR#:	_____
Nombre	_____ Fecha de hoy ____/____/____
Fecha de nacimiento	____/____/____ Parto: ___ Natural ___ Cesárea
Estatura al nacer:	_____ Peso al nacer: _____
Estatura actual:	_____ Peso actual: _____ Edad: _____
Dirección física	_____
Ciudad	_____ País _____ Código de área _____
Nombre de la madre:	_____
Número de teléfono	_____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre del padre:	_____
Número de teléfono:	_____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre del pediatra o médico primario	_____
Ciudad/País	_____
Motivo de la visita:	_____
Quién es el responsable de la factura en el día de hoy?	_____
<input type="checkbox"/> Seguro social del padre # _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> Seguro social de la madre # _____ - _____ - _____

Problema actual del paciente:

Propósito de la visita: _____ Evaluación de bienestar _____ Lesión o accidente _____ Otro

Por favor explique: _____

*Si su hijo(a) **experimenta algún dolor o incomodidad** por favor identifique **en qué area y por cuánto tiempo***



Cuándo comenzó el problema? Fecha ____/____/____

Cómo comenzó? ____ Desconocido ____ Gradual ____ De repente

1. Ha sufrido éste problema antes? No ____ Sí ____ Si marcó sí, cuándo sucedió?

2. Ha sufrido de problemas de la vejiga o intestinales desde que comenzó el problema?: Si marcó sí,
(Describe): _____
3. Ha visitado algún otro doctor para revisar éste problema? No ____ Sí ____ Si marcó sí, a quién?

4. Cuándo visitó al doctor? _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años
5. Cuáles fueron los resultados obtenidos con el pasado tratamiento?

6. Cómo sigue el problema **ahora mismo**: Mejorando rápido Mejorando lentamente Igual Empeorando gradualmente Va y viene
7. **Por favor**, mencione **TODOS** los medicamentos utilizados o recibidos para tratar el problema:

8. Su hijo ha sufrido alguna lesión jugando algún deporte? No ____ Sí ____ Si marcó sí, explique:

9. Su hijo ha estado presente en un accidente automovilístico? No ____ Sí ____ Si marcó sí, explique:

Su hijo sufre de alguno de éstos: Marca con una P (pasado), A (actual) N (nunca)

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ___ Dolor de cabeza | ___ Problemas ortopédicos | ___ Problemas digestivos | ___ Problemas de conducta |
| ___ Mareos | ___ Problemas en el cuello | ___ Pobre apetito | ___ ADD/ADHD |
| ___ Desmayos | ___ Postura pobre | ___ Reflujo | ___ Hernias |
| ___ Convulsiones | ___ Problema en las piernas | ___ Dolor estomacal | ___ Dolores musculares |
| ___ Problemas del corazón | ___ Problema en las coyunturas | ___ Estreñimiento | ___ Autismo |
| ___ Dolor en los oídos | ___ Dolor de espalda | ___ Diarrea | ___ Alergias a _____ |
| ___ Problemas nasales | ___ Problema en los brazos | ___ Hipertensión | ___ Asma |
| ___ Escoliosis | ___ Anemia | ___ Huesos rotos | ___ Problemas al caminar |
| ___ Orinarse en la cama | ___ Cólico | ___ Catarro/Influenza | ___ Problemas para dormir |
| ___ Caída del andador | ___ Caída de la cama | ___ Caída de la cuna | ___ Caída del mecedor |
| ___ Caída de la bicilet | ___ Caída de la silla | ___ Caída por resbalón | ___ Caída por las escaleras |
| ___ Caída de la mesa | ___ Caída de columpio | ___ Caída de patineta/patines | ___ Otro: _____ |



Entiendo que soy completamente responsable ante *Revive Quiropráctica* por los cargos asociados con el cuidado quiropráctico que mi hijo(a) reciba.

Los riesgos asociados con la exposición a radiación y a los ajustes espinales han sido explicados de manera satisfactoria y entiendo completamente lo explicado. Luego de considerar cautelosamente el proceso, autorizo el uso de radiografías y los ajustes quiroprácticos para el beneficio de mi hijo(a) menor de edad del cual tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar los servicios de cuidado profesional.

Bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, el consentimiento de un esposo(a)/ex-esposo(a) actual u otro vigilante no es requerido. Si mi autoridad a seleccionar y/o autorizar el cuidado cambia de alguna manera, me encargaré de notificárselo a ésta oficina.

Firma de padre/madre ó tutor legal

Fecha

Firma del doctor _____

Fecha _____