Dr. Gena CHIROPRACTIC

FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de los padres / tutores: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Números Telefónicos Casa: ( ) _____ Personal: ( ) _____

Correo Electrónico: _____

Sexo (circule): H M O Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Pediatra: _____ Teléfono ( ) _____

Queja principal: _____

¿Ha visto a otro médico por esto? sí No Si es así, indique el (los) nombre (s) del médico y los tratamientos previos:

_____

¿Otros problemas de salud? _____

_____

HISTORIAL DE SALUD DE SU HIJO

Por favor indique √ cualquiera de las condiciones que haya sufrido su hijo.

☐ Infecciones de oído	☐ Escoliosis	☐ Convulsiones	☐ Berrinches
☐ Dolores de cabeza	☐ Asma	☐ Alergias	☐ Cólico
☐ Dolor de espalda	☐ Fiebre recurrente	☐ Resfriado crónico	☐ Mojar la cama
☐ Varicela	☐ Problemas digestivitos	☐ ADD/ADHD	☐ Estreñimientos (BM)

¿Ha visto su hijo a un quiropráctico antes? sí No Si es así ¿Quien / Cuando? _____

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra oficina? _____

Enumere las cirugías que haya tenido su hijo, incluida la fecha: _____

_____ N/A o Ninguna

Número de dosis de antibióticos que ha tomado su hijo:

Durante los últimos 6 meses: _____ Total durante la vida: _____

Enumere los medicamentos que está tomando su hijo: _____

_____ N/A o Ninguno

Historial de vacunación: _____

_____ N/A o Ninguna

¿Alguien de su familia ha sido medicamente diagnosticado con alguna condición? Si es así ¿Quién? _____

_____ N/A o Nadie

LESIONES / TRAUMA

¿Alguna vez su hijo se ha caído de cabeza desde un lugar alto durante su primer año de vida?	Sí	No
¿Ha participado su hijo en algún deporte de contacto o de alto impacto?	Sí	No
¿Alguna vez su hijo ha estado involucrado en un accidente automovilístico?	Sí	No
¿Su hijo ha sido atendido en caso de emergencia?	Sí	No

¿Otros traumas no descritos arriba? _____

CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

Dr. Gena CHIROPRACTIC

FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIA PRENATAL

Nombre del Obstetra / Partera: _____

¿Alguna complicación durante el embarazo? _____

¿Consumo de cigarrillos / alcohol durante el embarazo? Sí No

¿Medicamentos durante el embarazo / parto? Sí No Si es así, enumere: _____

_____

¿Cuántas semanas duró su embarazo? _____

¿Alguna complicación durante el parto? _____

¿Cuántas horas duró el trabajo de parto? _____

¿Cesárea? Sí No ¿Emergencia o planificado? _____

Peso de nacimiento: _____ Longitud de nacimiento: _____

HISTORIA ALIMENTARIA

☐ Leche materna

☐ Botella

☐ Ambos

☐ ¿Alergias? _____

PREOCUPACIONES ADICIONALES

Enumere cualquier inquietud adicional con respecto a su hijo en el espacio a continuación:

Esta oficina cumple con las pautas actuales de HIPAA. Puede solicitar una copia de nuestra política de HIPAA en la recepción. Escriba sus iniciales para indicar que se le ha informado de su disponibilidad: _____

Las declaraciones hechas en este formulario son precisas a mi leal saber y entender y estoy de acuerdo en permitir que esta oficina me examine para una evaluación adicional.

_____ _____

Nombre del paciente impreso Nombre del tutor legal impreso

_____ _____

Firma del tutor legal Fecha

OFFICE USE ONLY

Height: _____ Weight: _____ BP: _____ / _____ HR: _____

SAM Bilateral Scale → L: _____ R: _____ CS: _____