

Solicitud de Cuidado en
ADIO Chiropractic

FORMULARIO DE
HISTORIAL PEDIÁTRICO

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

HR#: _____

Nombre del Menor: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono (casa): _____

Altura de Nac.: _____ Peso de Nac.: _____ Altura Actual: _____ Peso Actual: _____ Edad: _____

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

Nombre de la Madre: _____ Móvil de la Madre: _____ Fecha Nacimiento.: ____/____/____

Nombre del Padre: _____ Móvil del Padre: _____ Fecha Nacimiento.: ____/____/____

Pediatra/Médico de Familia _____ Ciudad & Estado: _____

Última Visita: ____/____/____ Razón de la visita: _____

Quién es responsable de la factura? _____

☐ Seguro Social del Padre # _____ - _____ - _____ ☐ Seguro Social de la Madre # _____ - _____ - _____

☐ Otro (Favor explicar): _____

PROBLEMA ACTUAL DE MENOR:

Propósito de la visita: _____ Chequeo de Bienestar: _____ Lesión o Accidente: _____ Otro: _____

Favor explicar: _____

Si su hijo(a) siente dolor o malestar, identifique dónde y durante cuánto tiempo: _____

1. ¿Cuándo comenzó el problema? Fecha: ____/____/____ ☐ Desconozco ☐ Gradual ☐ Repentino
2. ¿Ha tenido este problema antes? No _____ Yes _____ En caso, afirmativo, ¿cuándo? _____
3. ¿Algún problema intestinal o de vejiga desde que comenzó este problema? (Y / N). Si es así, (Describa): _____

4. ¿Ha visitado a otro médico por este problema? No _____ Yes _____ En caso afirmativo, ¿quién? _____
5. ¿Cuánto tiempo hace? _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años
6. ¿Cuáles fueron los resultados del tratamiento anterior? _____
7. ¿Cómo está el problema AHORA: ☐ Mejorando Rápidamente ☐ Mejorando Lentamente ☐ Más o Menos Igual
☐ Empeorando Gradualmente ☐ Va y Viene
8. Indique cualquier medicamento que haya tomado para este problema: _____
9. ¿Su hijo(a) ha sufrido alguna vez una lesión practicando deporte? _____ En caso afirmativo, por favor explique: _____

10. ¿Su hijo(a) alguna vez ha sufrido una lesión en un accidente automovilístico? En caso afirmativo, por favor explique: _____

Solicitud de Cuidado en

ADIO Chiropractic

¿SU HIJO(A) HA SUFRIDO ALGUNA VEZ DE: Marque **S** para SÍ o **N** para NO

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Dolor de cabeza | ☐ Problemas ortopédicos | ☐ Trastornos digestivos | ☐ Problemas de conducta |
| ☐ Mareos | ☐ Problemas de cuello | ☐ Poco apetito | ☐ ADD/ADHD |
| ☐ Desmayos | ☐ Problemas en los brazos | ☐ Dolor de estómago | ☐ Roturas / Hernia |
| ☐ Convulsiones/Ataques | ☐ Problemas en las piernas | ☐ Reflujo | ☐ Dolor muscular |
| ☐ Problemas cardíacos | ☐ Problemas en las articulaciones | ☐ Estreñimiento | ☐ Dolores de crecimiento |
| ☐ Dolores de oído crónico | ☐ Dolor de espada | ☐ Diarrea | ☐ Alergias a _____ |
| ☐ Problemas nasales | ☐ Mala Postura | ☐ Hipertensión | ☐ Asma |
| ☐ Escoliosis | ☐ Anemia | ☐ Resfriado/Gripe | ☐ Dificultad para caminar |
| ☐ Mojar la cama | ☐ Cólicos | ☐ Huesos rotos | ☐ Problemas para dormir |
| ☐ Caída de un andador | ☐ Caída de la cama o el sofá | ☐ Caída de la cuna | ☐ Caída de columpio |
| ☐ Caída de una bicicleta | ☐ Caída de una silla alta | ☐ Caída de un tobogán | ☐ Caída de escaleras |
| ☐ Caída de mesa de cambiar pañales | ☐ Caída de columpio resbaladilla/pasamano | ☐ Caída de patineta/patines | ☐ Otro: _____ |

Entiendo que soy directa y totalmente responsable ante esta oficina de todos los honorarios asociados con la atención quiropráctica que reciba mi hijo(a).

Los riesgos asociados con la exposición a los rayos X y los ajustes de la columna se me han explicado a mi completa satisfacción, y le he transmitido mi comprensión de estos riesgos al médico. Después de una cuidadosa consideración, por la presente, solicito y autorizo estudios de imágenes y ajustes quiroprácticos para el beneficio de mi hijo(a) menor de edad, para quien tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica en nombre de. Por la presente, solicito y autorizo a esta oficina a administrar la atención médica que se considere necesaria para mi hijo(a) menor de edad y dependiente. Esta autorización también se extiende para incluir imágenes de diagnóstico, pruebas de laboratorios, y otras pruebas a discreción del médico.

☐ Bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de un cónyuge / ex cónyuge u otro tutor. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar este cuidado cambia de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Firma del Doctor

Fecha

Solicitud de Cuidado en ADIO Chiropractic

Actividades de la Vida Diaria / Síntomas / Medicamentos

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Expediente#: _____

Actividades diarias: Efectos de sus condiciones en el desempeño de sus actividades diarias

Por favor, identifique cómo su dolencia está afectando su capacidad para realizar actividades que habitualmente forman parte de su vida:

Doblarse	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Concentrarse	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Trabajar en la Computadora	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Jardinería	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Jugar Deportes	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Actividades Recreativas	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Palear	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Dormir	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Ver Televisión	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Cargar	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Bailar	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Vestirse	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Levantamiento de Objetos	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Empujar	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Rodarse	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Sentarse	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Pararse	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Trabajar	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Subirse/Escalar	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Hacer Quehaceres	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Conducir	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Realizar Actividad Sexual	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Leer	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Correr	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Sentado a Parado	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar
Caminar	☐	No Efecto	☐	Doloroso (Pero se puede hacer)	☐	Doloroso (Limitado)	☐	Incapaz de Realizar

Solicitud de Cuidado en ADIO Chiropractic

***Por favor marque las siguientes letras para describir sus síntomas:**

P = Pasado **C** = Corriente/Ahora Mismo **N** = Nunca

☐ Dolor de Cabeza	☐ Embarazada (Ahora)	☐ Mareos	☐ Problemas de Prostata	☐ Acidez
☐ Dolor de Cuello	☐ Resfriados/Gripe Frecuentes	☐ Pérdida del Equilibrio	☐ Problemas Digestivos	☐ Hipertensión
☐ Dolor de Mandíbula ATM	☐ Convulsiones/Epilepsia	☐ Desmayo	☐ Problemas de Colon	☐ Presión Arterial Baja
☐ Dolor de Hombro	☐ Temblores	☐ Visión Doble	☐ Diarrea/Estreñimiento	☐ Asma
☐ Dolor de Espalda Superior	☐ Dolor en el Pecho	☐ Visión Borrosa	☐ Problemas de la Menopausia	☐ Respiración Dificultosa
☐ Dolor de Espalda Media	☐ Dolor con Tos/Estornudo	☐ Zumbido en los Oídos	☐ Problema Menstrual	☐ Problemas Pulmonares
☐ Dolor de Espalda Baja	☐ Problemas de Pie o Rodilla	☐ Pérdida de Audición	☐ Síndrome Premenstrual	☐ Problemas de Riñón
☐ Dolor de Cadera	☐ Problema de Sinusitis/Drenaje	☐ Depresión	☐ Mojar la Cama	☐ Problemas de la Vesícula Biliar
☐ Curvatura de la Espalda	☐ Articulaciones Hinchadas/Dolorosas	☐ Irritable	☐ Discapacidad de Aprendizaje	☐ Problemas de Hígado
☐ Escoliosis	☐ Problemas de la Piel	☐ Cambios de Humor	☐ Desorden Alimenticio	☐ Problemas de Hígado
☐ Entumecimiento/Hormigueo en Brazos, Manos, Dedos	☐ ADD/ADHD	☐ Problemas para Dormir	☐ Hepatitis (A, B, C)	
☐ Alergias	☐ Ulceras			

Anote los medicamentos recetados y no recetados que toma:

¿Como te enteraste de nosotros?

SÓLO PARA USO DE OFICINA

He revisado el formulario ADL y ROS anterior con el paciente mencionado anteriormente:

FIRMA DEL DOCTOR

FECHA