

**Solicitud de Cuidado en
River City Wellness**

**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 River City Wellness

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

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

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

Solicitud de Cuidado en River City Wellness

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

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

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