

# Solicitud de Cuidado en Touch of Life

## 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 Touch of Life

¿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 Touch of Life

## 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 Touch of Life

**\*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