

## Historia Pediatrica

### Datos Demograficos de Pacientes

HR#: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Alutra de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso a Nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

Numero de Madre ( \_\_\_\_\_ ) DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Numero de Padre( \_\_\_\_\_ ) DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Doctor Primario \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razon por visita: \_\_\_\_\_

Quien es responsable por este bill? \_\_\_\_\_

Seguro social de Padre # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Seguro social de Madre # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro (explique porfavor): \_\_\_\_\_

### Problema Actual de Nino:

Rason por visita: \_\_\_\_Cheque de Salud \_\_\_\_Herida/Lesion, o Accidente

\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si su hijo experimienta dolor o molestias porfavor identifique donde y por cuanto tiempo:

1. Cuabdo empeso el problema? Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_Desconosido \_\_\_\_ Gradual \_\_\_\_ De Repente
2. A tenido este problema antes? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Si? Desde Cuando? \_\_\_\_\_
3. Problemas hacienda del bano desde el comienzo del problema?: (S / N). Si? (Describa): \_\_\_\_\_
4. A visto otro doctor por este problema? (N/Y) Si? Quien? \_\_\_\_\_
5. Hace cuando? \_\_\_\_\_ Dias \_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Anos
6. Que fueron los resultados de ese tratamiento? \_\_\_\_\_
7. Como esta su problema AHORA:  Mejorando Rapidamente  Mejorando Despasio  Lo Mismo  
 Gradualmente Empeorando  Va y Viene
8. Lista de medicamientos que esta tomando para este problema: \_\_\_\_\_
9. Su hijo a sufrido una lesion por un deporte organizado? \_\_\_\_\_ Si? Por favor explique: \_\_\_\_\_
10. Su hijo a sufrido una lesion causada por accidente de caro? \_\_\_\_\_ Si? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si su hijo a sufrido de: Marce **S** (si) o **N** (no)

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza        | <input type="checkbox"/> Problemas orthopedicos      | <input type="checkbox"/> Problemas dijestivos | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Mareos                 | <input type="checkbox"/> Problemas de cuello         | <input type="checkbox"/> Apetito pobre        | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                    |
| <input type="checkbox"/> Desmallos              | <input type="checkbox"/> Problemas de hombros        | <input type="checkbox"/> Dolor de pansa       | <input type="checkbox"/> Hernias                     |
| <input type="checkbox"/> Conbulsions            | <input type="checkbox"/> Problemas de pies           | <input type="checkbox"/> Reflujo              | <input type="checkbox"/> Dolor de musculos           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazon   | <input type="checkbox"/> Problemas de articulaciones | <input type="checkbox"/> Estrenimiento        | <input type="checkbox"/> Dolor de crecimiento        |
| <input type="checkbox"/> Dolor cronico de oidos | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda            | <input type="checkbox"/> Diarrea              | <input type="checkbox"/> Alergias                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales    | <input type="checkbox"/> Postura pobre               | <input type="checkbox"/> Hipertension         | <input type="checkbox"/> Asthma                      |
| <input type="checkbox"/> Scoliosis              | <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Gripa                | <input type="checkbox"/> Problemas para caminar      |
| <input type="checkbox"/> Moja la cama           | <input type="checkbox"/> Colico                      | <input type="checkbox"/> Guesos cebrados      | <input type="checkbox"/> Problemas durmiendo         |
| <input type="checkbox"/> Caída de andador       | <input type="checkbox"/> Caída de sillón             | <input type="checkbox"/> Caída de cuna        | <input type="checkbox"/> Caída de columpio           |
| <input type="checkbox"/> Caída de bicicleta     | <input type="checkbox"/> Caída de silla alta         | <input type="checkbox"/> Caída de resbaladora | <input type="checkbox"/> Caída de escaleras          |
| <input type="checkbox"/> Caída de cama          | <input type="checkbox"/> Caída de barras de mono     | <input type="checkbox"/> Caída de patineta    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |

Entiendo que soy directamente y totalmente responsable ante De Leon Family Chiropractic por todos los costos asociados con la atención quiropráctica que recibe mi hijo.

Los riesgos asociados con la exposición a la ionización y los ajustes de la columna se me han explicado a mi entera satisfacción, y he transmitido mi comprensión de estos riesgos al médico. Después de una cuidadosa consideración, solicito y autorizo estudios de imágenes y ajustes quiroprácticos en beneficio de mi hijo menor para quien tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica en nombre de.

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 esta atención cambiara de alguna manera, lo notificaré de inmediato a esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ESCALA VISUAL ANÁLOGA CÚADRUPLE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor lea atentamente:**

**Instrucciones:** Por favor marque con un círculo el número que mejor describa la respuesta a la pregunta que se le hace.

**Nota:** Si tiene más de una queja, por favor responda cada pregunta por cada queja individual e indique el puntaje de cada queja. Por favor indique su nivel de dolor ahora mismo, dolor promedio, y el dolor en su máximo y en su mínimo.

**Ejemplo:**

	Dolor de cabeza	Cuello	Espalda Baja							
Sin dolor posible _____	_____ el peor dolor									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

---

### 1 – ¿Cómo es su dolor AHORA MISMO?

Sin dolor posible _____	_____ el peor dolor									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 2 – ¿Cuál es su dolor TÍPICO o PROMEDIO?

Sin dolor posible _____	_____ el peor dolor									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 3 – ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MÍNIMO (Qué tan cerca de “0” está su dolor cuando está al mínimo)?

Sin dolor posible _____	_____ el peor dolor									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 4 – ¿Cuál es su nivel de dolor EN SU MÁXIMO (Qué tan cerca de “10” está su dolor cuando está al máximo)?

Sin dolor posible _____	_____ el peor dolor									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OTROS COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_