

## FORMULARIO DE HISTORIA PEDIÁTRICA

### DEMOGRAPHICS DEL PACIENTE

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

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Altura del nacimiento: \_Peso del nacimiento: \_\_

\_\_\_\_\_ Altura actual: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Teléfono (Inicio) \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Madre Móvil \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Padres Nombre: \_\_\_\_\_ Father's Mobile \_\_\_\_\_ Dob / /

Pediatra/Familia Md \_\_\_\_\_ Ciudad & Estado \_\_\_\_\_ Ultima visita: //

\_\_\_\_\_ Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

¿Quién es el responsable de esto? ¿factura? \_\_\_\_\_

1. La Social del Padre Seguridad # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Seguro Social de la Madre # \_ \_ -

### PROBLEMA REAL DEL HIJO:

**Propósito de esta** \_\_\_\_\_ **visita:** Lesión o accidente o **de** Wellness Check-up \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Otros** Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si su hijo está experimentando dolor/incomodidad, identifique dónde y durante cuánto tiempo \_\_\_\_\_

- ¿Cuándo comenzó el problema? Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ Gradual \_\_\_\_\_ Sudden
- ¿Alguna vez ha tenido este problema antes? No \_ Sí \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Algún problema intestinal o vesical desde que comenzó este problema?: (Y / N). En caso afirmativo, (Describa): \_\_\_\_\_
- ¿Has visto a otros médicos para este problema? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Si sí, ¿quién? \_\_\_\_\_
- ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Weeks \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Years
- ¿Cuáles fueron los resultados del **tratamiento** pasado? \_\_\_\_\_
- Cómo Es éste Problema Ahora?  Rápidamente Mejorar  Mejorar Lentamente  Cerca de el Mismo  Gradualmente Empeoramiento  
 Encendido y apagado
- Por favor, enumere cualquier medicamento tomado para este problema: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo ha sufrido alguna vez una lesión practicando deportes organizados? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, sírvase explicar \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo ha sufrido alguna vez una lesión en un accidente automovilístico? \_\_\_\_\_ en caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

**HAS YOUR CHILD EVER SUFFERED FROM:** Mark **Y** for YES or **N** for NO

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores 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 en el cuello          | <input type="checkbox"/> Falta de apetito         | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                            |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                   | <input type="checkbox"/> Problemas con los brazos        | <input type="checkbox"/> Dolor <b>de estómago</b> | <input type="checkbox"/> Rupturas/Hernia                     |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Problemas en las <b>piernas</b> | <input type="checkbox"/> Reflujo                  | <input type="checkbox"/> Dolor muscular                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos        | <input type="checkbox"/> Problemas conjuntos             | <input type="checkbox"/> Estreñimiento            | <input type="checkbox"/> Dolor creciente                     |
| <input type="checkbox"/> Earaches crónicos          | <input type="checkbox"/> Dolores de la espalda           | <input type="checkbox"/> Diarrea                  | <input type="checkbox"/> Alergias a _____                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales        | <input type="checkbox"/> Mala postura                    | <input type="checkbox"/> Hipertensión             | <input type="checkbox"/> Asma                                |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis                 | <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Resfriados/Flu           | <input type="checkbox"/> Problemas al caminar                |
| <input type="checkbox"/> Mojado de cama             | <input type="checkbox"/> Cólico                          | <input type="checkbox"/> Caída de la cuna         | <input type="checkbox"/> <b>Caer</b> se caiga en el columpio |
| <input type="checkbox"/> Caer en el andador bebé    | <input type="checkbox"/> Caída de la cama o el sofá      | <input type="checkbox"/> Caída de la cuna         | <input type="checkbox"/> <b>Caer</b> se caiga en el columpio |
| <input type="checkbox"/> Caerse de la bicicleta     | <input type="checkbox"/> Caída de la silla alta          | <input type="checkbox"/> Caída de la diapositiva  | <input type="checkbox"/> Caída <b>de</b> las escaleras       |
| <input type="checkbox"/> Caída de la mesa de cambio | <input type="checkbox"/> Caerse de las barras de mono    | <input type="checkbox"/> Caída de los patines     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |

Entiendo que soy directa y totalmente responsable de la Quiropráctica Familiar de De Leon por todas las tarifas asociadas con la atención quiropráctica que mi hijo recibe.

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

1. 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 debe cambiar de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Doctor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

QUADRUPLE VISUAL ANALOGUE  
SCALE

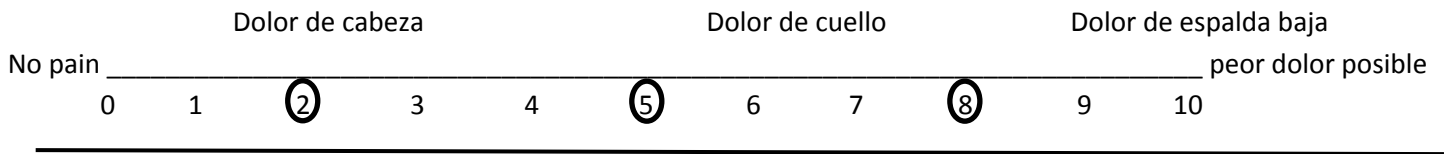
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, lea atentamente:

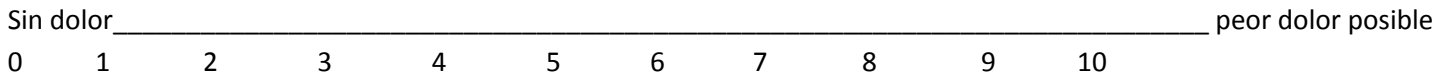
Instrucciones: Por favor, circule el número que mejor describa la pregunta que se está haciendo.

Nota: Si tiene más de una queja, responda a cada pregunta para cada queja individual e indique la puntuación de cada queja. Por favor, indique su nivel de dolor en este momento, dolor promedio, y dolor en su mejor y peor.

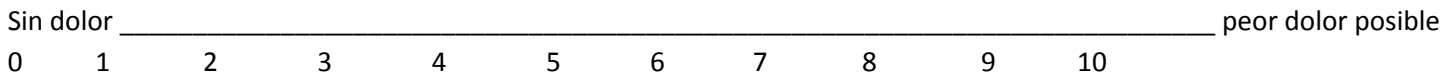
Ejemplo:



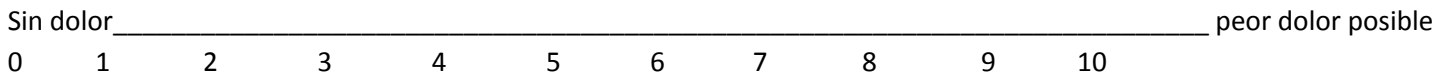
1 – ¿Cuál es su dolor AHORA?



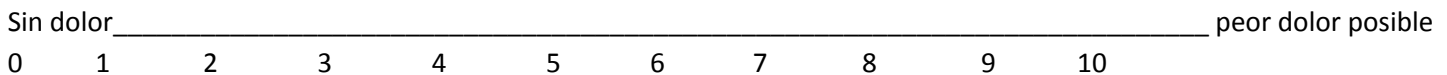
2 – ¿Cuál es su dolor Typical o AVERAGE?



3 – ¿Cuál es su nivel de dolor en su MEJOR (Qué tan cerca de "0" su dolor se pone en su mejor momento)?



4 – ¿Qué es su nivel de dolor EN ITS WORST (¿Qué tan cerca de "10" su dolor se pone en su peor momento)?



OTROS COMENTARIOS:

---

---

---

Examiner \_\_\_\_\_