

FORMULARIO DE HISTORIA PEDIÁTRICA – MOMENTUM FAMILY CHIROPRACTIC

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

HR#: _____

Fecha ____/____/____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: _____

Altura de nacimiento: _____ Peso de nacimiento: _____

Altura Actual: _____ Peso Actual: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono: _____

Nombre de Mamá: _____ FDN ____/____/____ # de Teléfono Mamá _____

Nombre de Papá: _____ FDN ____/____/____ # de Teléfono Papá _____

Pediatra/Family MD _____ Ciudad/Estado _____

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

¿Quién es responsable de esta factura? _____

PROBLEMA ACTUAL DEL NIÑO/A:

Propósito de esta visita: _____ Chequeo de bienestar _____ Lesiones o Accidentes _____ Otra

Por favor explique: _____

Si su hijo experimenta dolor / molestias, identifique dónde y por cuánto tiempo

1. **¿Cuándo comenzó el problema?** Fecha ____/____/____

___ Desconozco ___ Gradual ___ Repentino

2. **¿Ha tenido este problema anteriormente?** ___ No ___ Si Si, sí, ¿cuándo?

3. ¿Has tenido algún problema intestinal o de la vejiga?:

En caso afirmativo, describa:

4. ¿Has visto a otros médicos para este problema? ___ No ___ Si Si, sí Quién?

5. ¿Cuánto tiempo hace? _____ días _____ Semanas _____ Meses _____ Años

6. ¿Cuáles fueron los resultados del tratamiento pasado?

7. ¿Cómo es este problema AHORA?: Mejoría rápida Mejoría lenta igual

Gradualmente empeorando Intermitente

8. Mencione cualquier medicamento tomado para este problema:

9. ¿Alguna vez su hijo sufrió una lesión al practicar deportes organizados? ___ No ___ Si En caso afirmativo, describa: _____

10. ¿Alguna vez su hijo sufrió una lesión en un accidente automovilístico? ___ No ___ Si En caso afirmativo, describa: _____

¿HA SUFRIDO SU HIJO/A DE?: Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> Desordenes digestivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas de cuello |
| <input type="checkbox"/> Poco apetito | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| <input type="checkbox"/> Problemas de brazo | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago | <input type="checkbox"/> Rupturas/Hernia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques epilépticos | <input type="checkbox"/> Problemas de piernas | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas articulares |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Dolores de crecimiento | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Dolores de oído crónicos | <input type="checkbox"/> Dolores de espalda | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Problema sinusitis | <input type="checkbox"/> Postura pobre | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Problemas para caminar | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Gripe |
| <input type="checkbox"/> Caerse del columpio | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Cólicos |
| <input type="checkbox"/> Caerse de la cama o el sofá | <input type="checkbox"/> Caerse en andador | <input type="checkbox"/> Caerse de la cuna |
| <input type="checkbox"/> Caerse de las escaleras | <input type="checkbox"/> Caerse de la bicicleta | <input type="checkbox"/> Caerse de la silla alta |
| <input type="checkbox"/> Autismo | | |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Entiendo que soy directamente y totalmente responsable ante Momentum Family Chiropractic por todos los honorarios 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 del padre o tutor legal

Fecha

Firma de Doctor


Fecha

Consentimiento Informado

RESPECTO A: Ajustes Quiroprácticos, Modalidades, y Procedimientos Terapéuticos:

He sido advertido de que el cuidado quiropráctico, como cualquier forma de cuidado de salud, acarrea ciertos riesgos. El riesgo es habitualmente mínimo. Complicaciones como esguinces o tensiones, irritación de la condición de un disco, fracturas menores y posibles derrames que ocurren en una proporción de entre una en un millón o una en dos millones, rara vez han sido asociados con ajustes quiroprácticos.

Los objetivos del tratamiento, así como los riesgos asociados con ajustes quiroprácticos y todos los demás procedimientos ofrecidos en [Momentum Family Chiropractic](#) me han sido explicados satisfactoriamente y he transmitido mi entendimiento de ambos al doctor. Después de considerarlo cuidadosamente, por medio de la presente consiento el tratamiento en todas sus formas, métodos o técnicas que el doctor considere necesarias para tratar mi condición en cualquier momento durante todo el curso clínico de mi cuidado.

_____ / ____ / ____  Iniciales del Testigo
Firma de Paciente o persona autorizada Fecha

RESPECTO A: Rayos-X/Estudios de a través de imágenes

SOLO FÉMINAS → *por favor lea cuidadosamente y rellene los cuadros, incluya la fecha apropiada y firme debajo si ha entendido y no tiene más preguntas, de lo contrario consulte a nuestra recepcionista para más explicación.*

El primer día de mi último ciclo menstrual fue ____-____-____ Fecha

Me ha sido ofrecida una explicación completa de cuando tengo más probabilidades de quedar embarazada, y en mi mejor entendimiento declaro que no estoy embarazada.

FÉMINAS/VARONES → Al firmar este documento doy fe de que el doctor o un miembro del personal de esta oficina ha discutido conmigo los efectos peligrosos de ionización en un bebe en gestación, y he transmitido mi entendimiento de los riesgos asociados a la exposición de rayos-x. después de una consideración cuidadosa, yo, por medio de la presente, consiento someterme a la examinación de rayos-x que el doctor considere necesario en mi caso.

_____ / ____ / ____  Iniciales del Testigo
Firma de Paciente o persona autorizada Fecha