

Solicitud de Cuidado en
Gate City Health

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 Gate City Health

¿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
