

Solicitud de Cuidado en  
MaxLiving Castle Hills

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 MaxLiving Castle Hills

¿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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_