



Bluffton Family Chiropractic

Presentación al Paciente

Pediátrica

Nombre/Apellido: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Niño _____ Niña _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Empleador: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

¿Tiene su hijo seguro médico? Si _____ No _____ (Por favor dé su tarjeta a la recepcionista.)

Quiropráctico previo: _____ Ciudad: _____

Última visita al quiropráctico: _____ Razón por dejar tratamiento: _____

Médico actual: _____ Ciudad: _____

¿Quién le refirió a esta oficina?: _____ Relación: _____

1. Todos los cargos se pagan cuando los servicios son rendidos.
2. El honorario pagado por las radiografías es sólo para análisis. Las radiografías son la propiedad de esta oficina. Las radiografías pueden ser prestadas a otra oficina pero deben ser vueltas dentro de dos semanas.
3. Su firma abajo reconoce que usted es consciente de nuestras políticas de privacidad (HIPPA). **Las pólizas están disponibles en recepción.**
4. **Pacientes que tienen seguro médico:** Su firma abajo autoriza el envío de cualquier información, médica o otra, necesaria para procesar el reclamo. También autoriza el pago de beneficios directamente a nuestra oficina por servicios rendidos.
5. **Autorización de cuidado de un menor:** Autorizo a esta oficina y sus médicos a administrar tratamiento a mi hijo. Comprendo y estoy de acuerdo que yo soy responsable de pagar todos los cargos de esta oficina.
6. Autorizo a Bluffton Family Chiropractic para colocar fotos de mi familia en la oficina y el Internet. Entiendo que otros pacientes y visitantes verán estas fotos en la oficina y el Internet. No colocaremos nombres en las fotos.

Firma del Padre/Guardián

Date

¿Por qué trajo a su hijo hoy por un chequeo?

En escala de 1 a 10, con 10 siendo lo más alto, tasa su dedicación en ayudarnos resolver las molestias de su hijo y ayudarlo crear un estilo de vida saludable _____

Embarazo y Nacimiento:

Duración del embarazo: A termino _____ o Otro: _____

Complicaciones durante el embarazo:

¿Consumió alcohol durante su embarazo? Si o No ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo?

¿Fumó? Si o No ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? Si o No

¿Para qué? _____ ¿Qué tipo?

Lugar de nacimiento: Casa Centro de Nacimiento Hospital Otro:

Persona que proporcionó cuidado en el parto y nacimiento: Partera Enfermera/Partera Ob/Gyn Otro:

Tipo de Nacimiento: Vaginal Cesaña (Por favor explique):

Procedimiento: Pinzas Extracción Otro:

Drogas Proporcionada en el parto: Epidural Pitocin Otro:

¿Como nació el bebé? ¿Cabeza primero? Si o No Procedimiento usado para voltear el bebé:

¿El parto fue inducido artificialmente? Si o No Drogas usado para el parto:

Numero de ultrasonidos hechos del bebé: _____

¿La vacuna Rhogam fue inyectada a la madre? Si o No Fue inyectada antes o después del nacimiento? _____

Historia de Medicamentos y Dietas:

Alimentación: ¿Amamantado? Si o No ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Tipo de fórmula? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Tuvo/Tiene su hijo problemas al alimentarse de un lado en particular? Si o No ¿De qué lado?

Alergias a las comidas:

¿Con qué frecuencia consume su hijo: Comidas Rápidas: _____ Soda: _____ Dulces: _____

Vitaminas: _____

¿Número de dosis de antibióticos su hijo a tomado? En los últimos 6 meses _____ En su vida: _____

Otros medicamentos con receta que ha tomado su hijo y ¿Por qué?

Otros medicamentos sin receta que ha tomado su hijo y ¿Por qué?

¿Vacuna a su hijo? Si o No ¿Razón por no vacunar? Creencias personales o Necesidad médica

¿Se siente cómodo con su decisión de vacunar? Si o No

Numero de vacunas que ha recibido su hijo: _____ Numero que contienen Thimerosal:

Reacciones adversas a las vacunas:

Historia Quirúrgico y de Trauma:

¿Qué accidentes o caídas ha sufrido su hijo?

¿Su hijo ha sufrido de abuso mental, físico o sexual?

Favor de indicar las razones y fechas su hijo ha sido hospitalizado o ha pasado por procedimientos quirúrgicos:

¿Su hijo se queja de alguna molestia o dolores de cabeza?

¿Esta preocupado sobre el peso que su hijo carga en su bolso de libros?

Historia de Comportamiento y Aprendizaje:

¿Ha sido su hijo dianosticado con incapacidades del comportamiento o aprendizaje?

¿Quién hizo ese diagnóstico?

¿Le preocupa el comportamiento o la capacidad de aprendizaje de su hijo?

Por favor indique cualquier otra preocupación de salud que tenga sobre su hijo:

De bebe/niño pequeño (menor de 4 años), ¿Ocurrió alguno de los siguientes?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caída de la mesa para cambiar pañales | <input type="checkbox"/> Caída por las escaleras | <input type="checkbox"/> Caída de la cuna |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Fiebres frecuentes | <input type="checkbox"/> Caída del equipo de patio |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Jugar en un "Jolly Jumper" |
| <input type="checkbox"/> Reacciones adversas a las vacunas frecuentes | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Episodios de diarrea |

- Gripas frecuentes
- No aumento de peso

- Problemas para dormir
- Otro

Cólico

Por favor explique lo seleccionado:

De niño joven (5 a 12 años), ¿Ocurrió alguno de los siguientes?

- Caída de un árbol
- Caída de una bicicleta
- Caída del equipo de patio
- Accidente de deportes
- Accidente de tráfico
- Dolores de estómago
- Escoliosis
- Orinarse la cama
- Hiperactividad/Autismo
- Dificultades de aprendizaje
- Asma
- Alergias
- Dolores de pierna o rodilla
- Otro

Por favor explique lo seleccionado:

De niño o adolescente, ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

- Dolores de cabeza
- Dolores de brazo o muñeca
- Entumecimiento de los brazos/manos
- Mareos
- Fatiga
- Problemas del estómago
- Zumbido en los oídos
- Problemas para dormir
- Aumento/Pérdida de peso
- Asma
- Alergias
- Dolores de pie/tobillo/rodilla
- Hiperactividad
- Hormigueo en los brazos/piernas
- Dolores de cuello o espalda
- Dolor en los hombros
- "Dolores de crecimiento"
- Otro

Por favor explique lo seleccionado: _____