

HISTORIA PEDIATRICA DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre Legal Del Paciente _____ Apodo _____

Edad _____ Circule: Niño Niña Fecha de Nacimiento del Niño/a _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod.Postal _____

Tel (casa) _____ # Tel.Del Trabajo _____ Cell _____

Nombre de Padre/ Guardián _____ # Seguro Social Del Niño _____

Por favor haga una lista de dolores, incomodidades o problemas que esta sufriendo su hijo:

Doctores que ha consultado por estos problemas _____

Su hijo a sido tratado por un quiropráctico anteriormente? SI No Si: Fecha de último ajuste _____

Embarazo y Nacimiento

Salud de la madre durante embarazo _____

Medicaciones que aya tomado la madre durante el embarazo _____

Lugar de Nacimiento: Casa Centro de Nacimiento Hospital Otro _____

Persona que proporcione cuidado en el parto y nacimiento: Partera enfermera/ Partera Ob/Gyn otro _____

Tipo de Nacimiento: Vaginal Cesaría, Por favor Explique _____

Procedimiento: Pinzas Extracción Otro _____

Drogas Proporcionada en el parto: Epidural Pitocin Other _____

Como nació el bebe? Cabeza Primero S o N , Procedimiento usado para voltear al bebe _____

El parto fue Inducido artificialmente? S o N Drogas usadas para el parto _____

Numero de ultrasonidos hechos del bebe _____

La vacuna Rhogam fue aplicada a la madre? S or N, La vacuna fue aplicada antes o después del nacimiento _____

Historia de Drogas y Dietas

Historia de Alimentación: Amamanto: Cuanto tiempo? _____ Tipo de Formula: ____ Cuanto Tiempo? _____

Su hijo tiene problemas al alimentarse de un lado en particular? _____

Alergias ase a las comidas: _____

Que tan seguido su hijo consume: Comidas Rápidas: _____ Soda _____ Dulces _____ Vitaminas _____

De dosis antibióticos su hijo a tomado: Últimos 6 meses _____ Vida _____

Otras drogas prescritas su hijo a tomado y porque?: _____

Drogas No prescritas su hijo a tomado y porque? _____

Vacuna a su hijo: S o N Razón por no vacunar: Creencias personales, Necesidades medicas

De vacunas su hijo a recibido: _____ # Que contiene thimerosal _____

Reacciones adversas ase las vacunas _____

Historial Quirúrgico y De Trauma

Que accidentes o caídas ha sufrido su hijo/a? _____

Su niño/a a sufrido de abuso mental, físico o sexual? _____

Favor de indicar las razones y fechas este niño/a a sido hospitalizado/a o ah pasado por procedimientos quirúrgicos:

Su hijo/a se queja de alguna molestia o dolores de cabeza? _____

Esta preocupado sobre el peso que su hijo/a carga en su bolso de libros? _____

Historia de Comportamiento y Aprendizaje

Ha sido su hijo/a diagnosticado con incapacidades de comportamiento o aprendizaje? _____

Quien hizo este diagnostico? _____

Esta preocupado sobre las habilidades de comportamiento o aprendizaje de su hijo/a

Por favor liste cualquier otra preocupación de salud que tenga sobre su hijo/a

Información de seguro y pago

Tiene algún tipo de seguro medico: Si o No Necesitaremos hacer una copia de su tarjeta.

Método de pago que planea usar el día de hoy: Cheque _____ Efectivo _____ Visa/MC _____

NOTA: No todos los pacientes requieren que se les haga una radiografía para determinar o verificar un diagnostico, tipo o tiempo de cuidado. Si su hijo/a necesita radiografías, lo siguiente es aplicable:

1. Todos los cargos de su primera visita son cobradas el día del servicio.
2. El costo pagado por las radiografías es para el análisis solamente, La radiografía es propiedad de esta oficina. Las radiografías podrán ser sacadas pala la oficia de otro doctor pero tendrán que ser devueltas dentro de dos semanas.
3. Su firma reconoce que ha leído las formas de privacidad, que están disponibles en la recepción al pedir las.
4. **Pacientes con seguro:** su firma reconoce que nos da la libertad de mandar su información a su seguro. También nos autoriza el pago de servicios proporcionados en esta oficina.
5. **Autorización para cuidado de un menor:** Yo doy autorización a esta oficina y los doctores para dar el cuidado necesario a mí que mi hijo/a. Yo entiendo que soy responsable de pagar todos los cargos del cuidado de mi hijo/a.
6. Yo doy autorización a Bluffton Family Chiropractic para colocar fotos de mi familia en la oficina e Internet. Entiendo que otros pacientes y visitantes verán estas fotos en la oficina e Internet. No colocaremos nombres en las fotos.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha _____

**Estamos aquí para servirle y animarle a que haga preguntas.
Su participación es vital y ayudara a determinar sus resultados.**