

Health History 4 Kids

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Ciudad y Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Masculino ____ Femenino ____ Escuela: _____ Numero de hermanos: _____

Lugar natal: Hogar: ____ Hospital: ____ Centro de Maternidad: ____ Otro: ____ ¿Complicaciones? S / N

¿A quién podemos agradecer haberlo referirte a nuestra oficina? _____ ¿A visitado a un quiropráctico anteriormente? S / N

Estado de vacunación: Programa regular ____ Programa alterno ____ Sin vacunar ____

¿Quiéres más información sobre la vacunación y tomar una decisión informada para su hijo? S / N

Resumen de Historial Médico

Pasado Presente

- Dolor de cabeza
- Migrañas
- Mareo
- Infecciones frecuentes
- Infecciones de oído
- Problemas para dormir
- Diarrea
- Sudores fríos
- Cambios de humor
- Problemas de conducta
- ADD/ADHD
- Autismo
- Asperger
- Alergias

Pasado Presente

- Asma
- Estreñimiento
- Sensibilidad a la luz
- Daños por vacunas
- Sinus Infections
- Desmayo
- Dolor de espalda
- Zumbido en oídos
- Irritabilidad
- Manos y pies fríos
- Fiebre
- Problemas para orinar
- Dolor de cuello
- Perdida de equilibrio

Pasado Presente

- Malestar estomacal
- Trauma emocional
- Lesión deportiva
- Accidente de auto
- Problema de peso
- Acidez
- Auto-Inmune
- Ansiedad
- Diabetes
- Gas
- Discapacidad de aprendizaje

Otro: _____

Indique cualquier medicamentos: _____

En una escala de 1-10, siendo 10 perfecto estado de salud, hoy en día la salud de mi hijo es un ____/10.
Me gustaría que fuera un ____/10.

Consentimiento Informado: Todas las intervenciones de salud conllevan cierto grado de riesgo, al igual que la falta de intervención. La quiropráctica no es diferente. Entiendo estos riesgos y doy permiso al médico y su personal para proceder con el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.

_____ (Por favor, Firme)

Privacidad: Esta oficina se ajusta a las directrices de la HIPAA actuales. Usted puede solicitar una copia de nuestra política de HIPAA en la recepción. Por favor firme para indicar que se le ha hecho consciente de su disponibilidad.

_____ (Por favor, Firme)