

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 referido a nuestra oficina? _____ ¿A visitado a un
quiropático 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	Pasado	Presente	Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malestar estomacal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trauma emocional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión deportiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daños por vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente de auto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinus Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Auto-Inmune
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sudores fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zumbido en oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manos y pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Discapacidad de
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas para orinar		aprendizaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	Otro: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio	_____	

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.

¿Hay algo más sobre lo que quieras informar al doctor?

Medio: Algunas partes de sus visitas pueden ser monitoreadas con fotografía, video, o grabaciones de audio. Por favor inicial para indicar que usted ha sido informado.

_____(Iniciales)