

# NUVITA CHIROPRACTIC INGRESO DE NUEVOS PACIENTES

## FORMULARIO DE HISTORIA PEDIÁTRICA

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

HR#: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTES

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Primera Nombre Apellido Edad: \_\_\_\_  M  F

Altura al Nacer: \_\_\_\_\_ Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ Altura Actual: \_\_\_\_\_ Peso Actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Teléfono de la Madre: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Teléfono del Padre: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Pediatra/ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

¿Última visita?: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Razón por esa visita: \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable de la factura médica? \_\_\_\_\_

número del seguro social del padre \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  número del seguro social de madre: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo electrónico del padre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la madre: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de NuVita Chiropractic? \_\_\_\_\_

### EL PROBLEMA PRINCIPAL DEL NIÑO/A

Motivo de esta visita:  Chequeo de bienestar  lesión o accidente  Otro: \_\_\_\_\_

Si su hijo/a está experimentando **dolor/incomodidad**, por favor identifique dónde y por cuánto tiempo:

1. ¿Desde cuándo empezó este problema? Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Desconocido  Gradual  Repentino

2. ¿Se ha ocurrido este problema antes?  No  Sí **Si ha contestado Si**, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido problemas orinar o ir al baño desde el principio este problema?  No  Sí **Si ha contestado Sí**, especifiqué: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha ido a otros médicos para este problema?  No  Sí **Si ha contestado Si**, ¿quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_ Días \_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Años

6. ¿Cuáles fueron los resultados del tratamiento anterior? \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo es este problema AHORA?

Mejorando Rápidamente  Mejorando Lentamente  Como lo mismo  Empeoramiento gradual  viene y va

8. Por favor, enumere cualquier medicamento(s) tomado(s) para este problema: \_\_\_\_\_

9. ¿Alguna vez su hijo/a ha sufrido una lesión jugando deportes organizados?  No  Sí **Si ha contestado Sí, especifiqué:**

10. ¿Alguna vez su hijo/a ha sufrido una lesión en un accidente de autos?  No  Sí **Si ha contestado Sí, especifiqué:**

**¿ALGUNA VEZ HA SUFRIDO SU HIJO/A?- Marque todo lo que aplique**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> Dolores de cabeza              | <input type="radio"/> Problemas ortopédicos        | <input type="radio"/> Trastornos digestivos          | <input type="radio"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="radio"/> Mareo                          | <input type="radio"/> Problemas de cuello          | <input type="radio"/> Falta de apetito               | <input type="radio"/> ADD/ADHD                    |
| <input type="radio"/> Desmayo                        | <input type="radio"/> Problemas en los brazos      | <input type="radio"/> Dolores de estómago            | <input type="radio"/> Rupturas/Hernia             |
| <input type="radio"/> Convulsiones                   | <input type="radio"/> Problemas en las piernas     | <input type="radio"/> Acidez                         | <input type="radio"/> Dolor muscular              |
| <input type="radio"/> problemas de corazón           | <input type="radio"/> Problemas articulares        | <input type="radio"/> Estreñimiento                  | <input type="radio"/> Dolores de crecimiento      |
| <input type="radio"/> Dolores de oído                | <input type="radio"/> Dolores de espalda           | <input type="radio"/> Diarrea                        | <input type="radio"/> Asma                        |
| <input type="radio"/> Problemas de senos             | <input type="radio"/> Mala postura                 | <input type="radio"/> Hipertensión                   | <input type="radio"/> Problemas para caminar      |
| <input type="radio"/> Escoliosis                     | <input type="radio"/> Anemia                       | <input type="radio"/> Resfriados/Gripe               | <input type="radio"/> Problemas para dormir       |
| <input type="radio"/> mojar la cama                  | <input type="radio"/> Cólico                       | <input type="radio"/> Huesos rotos                   | <input type="radio"/> Caída por escaleras         |
| <input type="radio"/> Caída en el andador para bebés | <input type="radio"/> Caerse de la cama o del sofá | <input type="radio"/> Caída de la cuna               | <input type="radio"/> Caída del tobogán           |
| <input type="radio"/> Caída del cambiador            | <input type="radio"/> Caída de la bicicleta        | <input type="radio"/> Caída desde la sillita de niño | <input type="radio"/> Caída del columpio          |
| <input type="radio"/> Alergias a _____               | <input type="radio"/> Caída de los pasamanos       | <input type="radio"/> Caerse de la patineta/patines  |   |
| <input type="radio"/> Otro: _____                    |  |  |   |

Entiendo que soy directa y totalmente responsable de [pone nombre de paciente] por todos los honorarios asociados con la atención quiropráctica que recibe mi hijo.

Los riesgos asociados con la exposición a la ionización y los ajustes espinales me han sido explicados a mi completa satisfacción, y 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 menor de edad para quien tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica en nombre de.

Bajo los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de un cónyuge / excónyuge u otro tutor. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención cambia de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor legal**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Fecha de finalización**

## Escala de Clasificación Funcional

Con respecto a la QUEJA PRINCIPAL de su hijo/a

Para evaluar adecuadamente su condición, debemos comprender cuánto han afectado sus principales problemas de queja su capacidad para manejar las actividades diariamente.

Para cada artículo mencionado, escoge la opción que describa más de cerca su condición en este momento.

### 1. Intensidad del Dolor

Sin Dolor    Dolor Leve    Dolor Moderado    Dolor Muy fuerte    Máximo Dolor

### 2. Durmiente

Sueño Perfecto    Sueño Levemente Perturbado    Sueño Moderadamente perturbado    Sueño Grandemente Perturbado    Sueño Totalmente Perturbado

### 3. Cuido e Higiene Personal (bañarse, vistiéndose, etc.)

Sin Dolor, sin restricciones    Dolor Leve, Sin restricciones    Dolor Moderado, teniendo ir despacio    Dolor Moderado, necesitando un poco de ayuda    Dolor muy Fuerte, necesitando asistencia completa

### 4. Viajando (conducción, etc.)

No hay dolor en viajes largos    Dolor leve en viajes largos    Dolor Moderado en viajes largos    Dolor Moderado en viajes cortos    Dolor muy Fuerte en viajes cortos

### 5. Trabajo

Puedo hacer trabajo y además trabajo extra    Puedo hacer trabajo pero nada mas    Puedo hacer 50% del trabajo habitual    Puedo hacer 25% del trabajo habitual    No puedo trabajar

### 6. Recreación

Sin Dolor    Dolor Leve    Dolor Moderado    Dolor Muy fuerte    Máximo Dolor

### 7. Frecuencia del Dolor

Sin Dolor    Dolor de forma ocasional; 25% del día    Dolor Intermitente; 50% del día    Dolor Frecuente; 75% del día    Dolor Constante; 100% del día

### 8. Levantar/ Alzar

Gran peso sin Dolor    Aumentando el Dolor con gran peso    Aumentando el Dolor con moderado Peso    Aumentando el dolor con Poco peso    Aumentando el dolor Con peso cualquiera

### 9. Caminar

No hay dolor cualquier distancia    Aumentado dolor después de 1 milla    Aumentado dolor después de 1/2 milla    Aumentado dolor después de 1/4 milla    Aumentado dolor con todos tipos de caminando

### 10. Parado / De Pie

Sin dolor Por varias horas    Aumentando Dolor después de Varias horas    Aumentando Dolor después de una hora    Aumentando Dolor después de media hora    Aumentando Dolor con Cualquier tipo de ser de pie

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

en letra de molde

\_\_\_\_\_  
firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/YY)

\_\_\_\_\_  
firma del doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/YY)

