

ARCHIVO DE SALUD PARA NIÑO

DATOS DE NIÑO

Nombre	_____
Telefono de casa	_____
Edad	_____
Fecha de nacimiento	_____
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Altura	_____
Peso	_____
Direccion	_____
Ciudad/Estado	_____
Codigo Postal	_____
Nombre de pariente	_____
Compañia para la cual trabaja el pariente	_____
Telefono del trabajo	_____
Metodo de pago	<input type="checkbox"/> efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Credit Card
# de tarjeta de credito	_____
exp	_____
Nombre de aseguranza	_____
Numero de poliza	_____
Nombre de 1ra persona en poliza	_____
Numero de seguro social	_____
Numero de licencia de manejo del pariente	_____

EMBARAZO Y PARTO DE LA MADRE

Durante el embarazo, la madre

.....tomo medicina? N S

Explique _____

.....fumo o consumo alcohol? N S

.....estuvo enferma? N S

Explique _____

Aproximadamente, cuanto tiempo duro el parto?

_____ horas

El parto fue inducido con quimicos? N S

El doctor asistio en el parto? N S

El parto fue cesarean? N S

Usaron metodos de extraccion con tejidos o succion? N S

El doctor jalo o torsio el niño(a) durante el parto? N S

El parto y el niño fue premature? N S

Sea "Si", en cual mes _____ y que peso _____

Indique si el niño tuvo alguna enfermedad despues de nacer.

Jaundice Problemas de respirar

Problemas comiendo Huesos quebrados o torsidos

Otras condiciones

Expique _____

RAZON DE ESTA VISITA

Cual es el motivo de esta visita? _____

El motivo de esta cita es relacionada a

deporte accidente de auto Caída

Accidente de casa Molestias constantes otro

Explique _____

Cuando empezaron las molestias? _____

Como son las molestias

son peor? constantes? van y vienen?

Esta condicion hace interferencia con

dormir rutina de dia otras actividades

Explique _____

Esta condicion ha ocurrido antes? Si No

Explique _____

Has consultado otros doctores por esta condicion? Si No

Nombre(s) de Doctores _____

Tipo de tratamiento _____

Resultados _____

CONDICIONES DE SALUD

Por favor, marque cada enfermedad o condicion que el niño tiene o ha tenido aunque no crea que esta relacionado a esta enfermedad of visita, podria afectar el diagnostico, o programa de curacion.

<input type="checkbox"/> Problemas con la vista	<input type="checkbox"/> Catarro frecuente
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Colico
<input type="checkbox"/> Problemas con dormir	<input type="checkbox"/> Orinos en cama
<input type="checkbox"/> Irritacion	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Constipacion
<input type="checkbox"/> Problemas con respirar	<input type="checkbox"/> Indigestion
<input type="checkbox"/> Inflamacion de ojo	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Problemas con los oidos	_____
<input type="checkbox"/> Tubos de oido	_____
<input type="checkbox"/> Problemas con atencion	_____

METAS PARA LA SALUD Y TRATAMIENTO DE MI NIÑO

ESTADO DE LA SALUD DE MI NIÑO

Su niño esta espuesto a los accidents No Si

Su niño ha:

.....sido hospitalizado? No Si

.....tenido una caida fuerte? No Si

.....tenido un accidente de auto? No Si

Su niño ha consumido antibioticos? No Si

Explique _____

Su niño consume medicina ahora? No Si

Explique _____

Su niño tiene dificultades con otros niños? No Si

Usted ha notado que su niño es nervioso, tiene cosquillos, molestias? No Si

Que cambios (si existen) le gustaria realizar en la salud de su niño o en el modo de su niño _____

Niños van el quiropractico por muchas razones,. Algunos van para curar los dolores, otros para corregir la causa del dolor y otros para corregir lo que no esta funcionando bien en su cuerpo. Su Doctor hablara con Ud. Acerca de la necesidades y deseos para su niño cuando este recomendando el programa de tratamientos. Por favor, revise el tipo de curacion deseada para su niño asi podemos hacer lo mejor posible para realizar sus metas y deseos.

__Curacion de Alivio__ Curacion para aliviar el dolor o sensacion de estar con molestia.

__Curacion de Correccion__ Curacion para corregir el problema y aliviar el caso y tambien la sensacion de estar con molestia

__Curacion Comprensiva__ Aliviar lo que este malfuncionando en el cuerpo y traer la salud al mas alto posible con tratamiento quiropractico.

__Quiero que el Doctor seleccione el tipo de tratamiento mas apropiado para mi niño.

Firma del Pariente/Guarian

Fecha

VACUNAS

Ud. Decidio realizar vacunas para su niño? No Yes Si su respuesta es Si, indique cual vacunas su niño recibio:

DPT MMR Polio Chicken Pox Hepatitis Otros _____

Cual fue las racciones, si habia reacciones, a las vacunas. _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO Y CURACION

Autorizo los Doctores en esta oficina Quiropractica y cualquiera persona que ellos tiene de asistentes que administren curacion Quiropractica, para dar tratamientos de ajustes de espina dorzal a mi niño _____, como el Doctor juzque apropiado.

Estoy completamente de acuerdo de que los servicios recibidos seran cargados a mi directamente y que soy responsable por el pago de mi cuenta. Estoy de acuerdo de que soy responsable de todas las cuentas mias incurridas en esta oficina. El Doctor no sera responsable por condiciones antes de el tratamiento de mi niño ni por diagnosis de lo mismo. Tambien, estoy de acuerdo que si suspendo o termino con el tratamiento de mi niño, todos los cargos para servicios profesionales seran pagados por mi o a mi cuenta inmediatamente.

Estoy de acuerdo que las aseguranzas de salud y accidente polixas son contratos de la aseguradora y beneficio. Tambien realice que la oficina del Doctor prepara reportes y formas necesarias para asistirme en la coleccion de mis beneficios para los servicios y tambien que las cuentas autorizados para el pago de servicios seran pagados directamente a la oficina del Doctor y puestos en mi cuenta cuando recibido. Autorizo mi derecho de seguro y beneficios (si es aplicable) directamente al proveedor por los servicios dados.

Nombre de niño (Fecha)

Nombre de tutor/guardian o pariente (Fecha)

Firma de guardian o pariente

Fecha (d-m-a)

Firma de Testigo