

Historial Médico

¿Qué tipo de atención usted ya ha recibido su condición? Quiropráctica Masaje Medicación

Cirugía Otro: _____

¿Has visto otro médico para esta condición?: _____ SÍ _____ NO

Doctor(s) nombres y tratamientos anteriores: _____

Otros problemas de salud: _____

Comprobar alguna de las siguientes condiciones que su hijo ha padecido durante los últimos seis meses:

___ Infecciones del Oído ___ Escoliosis ___ Incautaciones ___ Resfriado Crónico

___ TDAH ___ Fiebres Recurrentes ___ Crecimiento y dolor ___ Cólico

___ Problemas Digestivos ___ Cama Mojado ___ Accidente de Coche ___ Rabietas

___ Dolores de cabeza ___ Asma/Alergias Otros: _____

Historia de la familia: _____

Quiropráctico Anterior: _____ fecha de Última Visita: _____ razón: _____

¿Cumplieron con la atención recibida de su hijo? ___ SÍ ___ NO

Número de dosis de antibióticos ha tomado su hijo:

Durante los últimos seis meses: _____ Durante toda su vida: _____

Número de dosis de otros Medicamentos recetados ha tomado su hijo: _____

Durante los últimos seis meses: _____ Durante toda su vida: _____

Historia de Vacunación: _____

Historia de Alimentación

Enfermedades de la Infancia

Alimentado de mama: SÍ NO, Cuánto Tiempo: _____

Alimentado Fórmula: SÍ NO, Cuánto Tiempo: _____

Presentó sólidos en: _____ months

La leche de vaca en: _____ months

Alimentos/Jugo Alergias: ___ SÍ ___ NO, lista: _____

Varicela: S / N, Edad: _____

Parotiditis: S / N, Edad: _____

Tos ferina: S / N, Edad: _____

Rubéola: S / N, Edad: _____

Rubéola: S / N, Edad: _____

Otro: S / N, Edad: _____

Historia del Desarrollo

Durante la época siguiente columna vertebral de su hijo es más vulnerable al estrés y debe comprobarse rutinariamente por un quiropráctico para la prevención y detección precoz de la subluxations vertebrales (nervio espinal interferencia). ¿A qué edad fue capaz de su hijo: ___ Responder a Sonido ___ Cruz de rastreo ___ Responder a los Estímulos Visuales

___ Pararse solo ___ Aguantar la cabeza ___ Caminar solo ___ Sentarse

De acuerdo con el Consejo de seguridad nacional, aproximadamente el 50% de los niños caen cabeza primero desde un lugar alto durante su primer año de vida (es decir, una cama, cambiar tabla, bajar escaleras, etc..) Este fue el caso de su hijo? ___ SÍ ___ NO

Es / tiene su hijo involucrado en cualquier alto impacto o tipo de contacto deportivo (es decir, fútbol, fútbol, gimnasia, béisbol, voleibol, animadoras, artes marciales, etc.) ___ SÍ ___ NO, lista: _____

¿Ha visto su hijo en carácter de emergencia? ___ SÍ ___ NO, Lista: _____

Otros traumas no descritas anteriormente: _____

Cirugía previa: ___ SÍ ___ NO, lista: _____

Menarche: ___ SÍ ___ NO, Edad: _____

Autorizo a esta Oficina y su médico de administrar cuidados a mi hijo que consideren necesarias. Claramente entiendo y acepta que soy personalmente responsable por el pago de todas las tarifas cargadas por esta Oficina.

Padre/tutor firma: _____ **Fecha:** _____