

Health First Chiropractic Clinic, P.C.
Historial Médico Pediátrico

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F M Quien lo refería a nuestra clínica: _____

Padres/Guardianes del Paciente: _____ Numero Tele. (Casa): _____ (trabajo): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

? Quien es responsable por esta cuenta? _____ Tiene alguna aseguaza el niño/la niña? Si No

Por favor de a un miembro de Health First Chiropractic una copia de su tarjeta de aseguranza o información. Gracias

Es esta una visita por un problema o para un chequeo? _____ Si hay un problema de salud, por favor descríballo e incluya cualquier síntoma específico: _____

Marque cuantas ocurrencias de las siguientes condiciones tiene o a tenido su hijo o hija cada día, semana, mes, o ano

	#Veces		#Veces		#Veces
___ infección del oído	___	___ resfriaos crónicos	___	___ fiebres recurrentes	___
___ ataques de asma	___	___ problemas digestivos	___	___ dolores de crecimiento	___
___ cólicos	___	___ se orina en la cama	___	___ dolores de cabeza	___
___ migrañas	___	___ ataque incautación	___	___ alergias	___
___ accidente de auto	___	___ ADHD	___	___ escoliosis	___
___ dolor de espalda	___	___ tos/flemas	___	___ dificultad en dormir	___

¿Hay cualquier otras condiciones que tiene su hijo/a que no están en la lista? _____

Si / No ¿Hay cualquier problema de salud con alguien en casa? Describa por favor: _____

Si / No ¿Esta tomando su hijo/a algún medicamento o prescripción? Liste aquí: _____

¿Cuantas veces le da el medicamento? (una/día, varias veces al día, semana, mes, o ano) _____

¿Hubo complicaciones en el proceso de que naciera su bebe? (cesaría, cuchillas, respiradora, inducción, anestesia, etc.)
Describa por favor: _____

Si / No ¿Ha recibido vacunaciones su hijo/a?

Si / No ¿Tuvo alguna reacción adversa al recibir las vacunas? Describa por favor: (fiebre, irritación, inquieto, etc.) _____

Si / No ¿Se esta desarrollando normal su hijo/a? Describa por favor: _____

Si / No ¿Se ha caído su hijo/a de cualquier altura? Describa por favor: _____

Si/No ¿Ha estado en cualquier tipo de accidente su hijo/a? (en el parque, guardería, con bicicletas, deportes, accidente de auto, etc.) _____

¿Tiene cualquier otra pregunta en la cual nosotros le podemos ayudar sobre la condición, desarrollo, o cuidado de su hijo/a? _____