



3082 Dyer Blvd, Kissimmee, FL 34741
Tel. 407.329.3747/ Faximil 407.264.6167

Historia Pediátrica

Datos Demográficos

Nombre del niño (a): _____ Fecha: ____/____/____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Peso al nacer: _____ Altura al nacer: _____
Altura reciente: _____ Peso reciente: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: (hogar) _____
Nombre de madre: _____ Numero celular: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre de padre: _____ Numero celular: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre del pediatra: _____ Telefono: _____
Fecha de su última visita: ____/____/____ Razon de la última visita: _____
¿Quién es responsable de esta factura? _____

Problema Actuales del Niño (a)

Razon por la visita de hoy: _____ Preventiva _____ Lesión o Accidente _____ Otro favor explique: _____

Si su niño (a) está experimentando dolor o molestia favor identifique dónde y por cuánto tiempo: _____

Fecha: ____/____/____ _____ Desconocido _____ Gradual _____ Súbito

¿Su niño (a) ha sufrido de lo siguiente?: Marcar con X

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> Trastornos digestivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta | <input type="checkbox"/> Problemas del cuello | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Dolor especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas con las manos o los brazos musculares | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Problemas articulares | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Dolores de oído crónico | <input type="checkbox"/> Mala postura | <input type="checkbox"/> Alergia a _____ |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Resfriados |
| <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Trauma a los huesos | <input type="checkbox"/> Cólico |
| <input type="checkbox"/> Problemas de humectación | | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Caída de la cama o en el sofá | | <input type="checkbox"/> Caída de la cabeza cuando bebe |

Historia de Salud

Nombre del pediatra: _____ Fecha última visita: _____ Razón: _____

Ha estado su hijo/hija en antibióticos? Si No Razón: _____

¿Ha padecido alguna lesión como resultado de deportes, accidente de auto? Si No

Explique: _____

¿Ha padecido alguna caída de cabeza? (desde la cuna, escaleras, etc.) Si No Explique: _____

¿Algún otro trauma? Si No Explique: _____

¿Alguna cirugía? Si No Explique: _____

¿Ciclo Menstrual? Si No N/A A qué edad? _____

Historia Prenatal

Lugar de Nacimiento: Hogar Centro de Nacimiento (Birth Center) Hospital Hijo adoptivo Hijastro

¿Complicaciones durante el embarazo? Si No Explique: _____

Consumo de cigarrillo y/o alcohol durante embarazo? Si No

Tipo de Nacimiento: Fórceps Aspiradora Cesárea Vaginal

¿Complicaciones durante el parto? Si No Describa: _____

Desordenes genéticos y/o limitaciones diagnosticadas? Si No Explique: _____

Historia Alimenticia

¿Leche Materna? ¿Si No Por cuánto tiempo? _____

¿Formula? ¿Si No Por cuánto tiempo? _____

¿Introducción a solidos a qué edad? _____

Alergias/Intolerancias algún alimento/comida? Si No Explique: _____

Yo _____ certifico que toda la información provista es actual y verídica. Como guardián y/o padre/madre del paciente _____ autorizo el inicio de tratamiento quiropráctico.

Firma Paciente o persona autorizada

____ / ____ / ____

Fecha

Firma del Médico

____ / ____ / ____

Fecha