

# ADMISIÓN PEDIÁTRICA en WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC

2001 N. Atlantic Ave, Cocoa Beach, FL, 32931

## DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Fecha de hoy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Hembra  
Estatura al nacer: \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_ Altura actual: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Teléfono de la madre: Inicio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Teléfono del padre: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
Pediatra/médico de familia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última visita: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Motivo de la visita: \_\_\_\_\_  
 Otro (por favor, explique): \_\_\_\_\_

## EL PROBLEMA ACTUAL DEL NIÑO

Propósito de esta visita:  Chequeo de Bienestar  Lesión o Accidente  Otro

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Si su hijo está experimentando **dolor/malestar**, identifique dónde y por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo comenzó el problema? Fecha: \_\_\_\_\_  Desconocido  Gradual  Repentino

2. ¿Ha ocurrido este problema antes?  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene algún problema intestinal o de vejiga desde que comenzó este problema?  No  Sí **En caso afirmativo**, describir: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha consultado a algún otro médico para este problema?  No  Sí **En caso afirmativo** ¿quien? \_\_\_\_\_

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 Más  o menos lo mismo  Empeorando gradualmente de  forma intermitente

8. Enumere los medicamentos que toma para este problema: \_\_\_\_\_

9. ¿Su hijo alguna vez ha sufrido una lesión practicando deportes organizados?  No  Sí **En caso afirmativo**, Por favor, explique: \_\_\_\_\_

10. ¿Su hijo alguna vez ha sufrido una lesión en un accidente automovilístico?  No  Sí **En caso afirmativo**, Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Firma del Dr. Bret Glas: \_\_\_\_\_ Fecha de revisión \_\_\_\_\_

**ADMISIÓN PEDIÁTRICA en WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC**  
2001 N. Atlantic Ave, Cocoa Beach, FL, 32931

**¿SU HIJO HA SUFRIDO ALGUNA VEZ DE - Marque todas las que correspondan**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="radio"/> Cefaleas                           | <input type="radio"/> Problemas ortopédicos        | <input type="radio"/> Trastornos digestivos         | <input type="radio"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="radio"/> Mareos                             | <input type="radio"/> Problemas en el cuello       | <input type="radio"/> Falta de apetito              | <input type="radio"/> TDA/TDAH                    |
| <input type="radio"/> Desmayo                            | <input type="radio"/> Problemas en el brazo        | <input type="radio"/> Dolores de estómago           | <input type="radio"/> Rupturas/Hernia             |
| <input type="radio"/> Convulsiones/Convulsiones          | <input type="radio"/> Problemas en las piernas     | <input type="radio"/> Reflujo                       | <input type="radio"/> Dolor muscular              |
| <input type="radio"/> Problemas cardíacos                | <input type="radio"/> Problemas articulares        | <input type="radio"/> Estreñimiento                 | <input type="radio"/> Dolores de crecimiento      |
| <input type="radio"/> Dolores de oído crónicos           | <input type="radio"/> Dolores                      | <input type="radio"/> Diarrea                       | <input type="radio"/> Asma                        |
| <input type="radio"/> Problemas de los senos paranasales | <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 del columpio          |
| <input type="radio"/> Caída en andador                   | <input type="radio"/> Caerse de la cama o del sofá | <input type="radio"/> Caída de la cuna              | <input type="radio"/> Caerse por las escaleras    |
| <input type="radio"/> Caída de la bicicleta              | <input type="radio"/> Caída de la trona            | <input type="radio"/> Caída del tobogán             |   |
| <input type="radio"/> Caída del cambiador                | <input type="radio"/> Caída de las barras de mono  | <input type="radio"/> Caerse de la patineta/patines |   |
- Alergias a: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entiendo que soy directa y totalmente responsable ante WALK-IN CHIROPRACTIC, LLC y/o el Dr. Bret Glas, D.C. por todos los honorarios asociados con la atención quiropráctica que recibo.

Los riesgos asociados con los ajustes de la columna vertebral me han sido explicados a mi entera satisfacción, y he transmitido mi comprensión de estos riesgos al médico. Después de una cuidadosa consideración, por la presente solicito y autorizo 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 su nombre.

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o de la persona autorizada**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Dr. Bret Glas**

\_\_\_\_\_  
**Revisión del formulario de fecha**