

FORMULARIO DE PACIENTES *pediátricos*

Información confidencial del paciente

Nombre del niño:	Nombre(s) del padre / tutor:		
Domicilio:	Ciudad, estado, código postal:		
Teléfono celular:	Otro teléfono:	Sexo del niño:	
Correo electrónico:	# Seguro social del niño:	Fecha de nac.:	Edad:
¿Cómo conoció de nosotros?	Altura:		Peso:
¿Quién es su médico de cabecera?			
¿Está su hijo recibiendo atención de otro profesional de la salud? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor indique su nombre y especialidad:			
Por favor, anote las drogas / medicamentos / vitaminas / hierbas u otros suplementos que su hijo está tomando:			

Problemas actuales de salud

¿Cuáles problemas de salud trae a su hijo a ser evaluado por un quiropráctico?			
¿Cuándo comenzó el problema?	¿Cómo comenzó el problema?	☐ Repentinamente	☐ Gradualmente ☐ Posesión
¿Ha recibido su hijo atención por este problema antes? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor explique:			
Este problema es/está: ☐ Empeorando ☐ Mejorando ☐ Intermitente ☐ Constante ☐ No sabría decir			
¿Qué mejora el problema?		¿Qué empeora el problema?	

Objetivos de salud para su hijo

¿Cuáles son los tres objetivos principales de salud para su hijo?	¿Qué le gustaría lograr?
1. _____	☐ Solucionar un problema actual
2. _____	☐ Bienestar general
3. _____	☐ Ambos
¿Ha visitado su hijo a un quiropráctico antes? ☐ Sí ☐ No – Si es así, ¿cuál es su nombre?	
¿Cuál es su especialidad? ☐ Alivio del dolor ☐ Fisioterapia y rehabilitación ☐ Nutrición ☐ Subluxaciones (desviaciones de las vértebras) ☐ Otra	

Antecedentes de embarazo y fertilidad

Por favor, cuéntenos sobre su embarazo:

¿Algún problema de fertilidad?	☐ Sí ☐ No	Si es así, por favor explique:
¿Fumaba la madre?	☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿cuántas veces?
¿Bebía la madre?	☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿cuántas veces?
¿Hacía ejercicios la madre?	☐ Sí ☐ No	Si es así, por favor explique:
¿Estuvo enferma la madre?	☐ Sí ☐ No	Si es así, por favor explique:
¿Se hizo ecografías?	☐ Sí ☐ No	Si es así, por favor explique:

Por favor, explique sobre los incidentes notables de estrés mental o físico durante su embarazo:

Por favor, explique otras preocupaciones u observaciones notables sobre la concepción o embarazo de su hijo:

Antecedentes de parto y parto

El parto del niño fue: ☐ Vaginal ☐ Cesárea programada ☐ Cesárea de emergencia – ¿A las cuántas semanas nació su hijo?

¿Dónde nació su hijo? – Nombre del médico/obstetra:

Por favor, indique las intervenciones o complicaciones correspondientes:

☐ Parto de nalgas ☐ Inducción ☐ Medicamentos para el dolor ☐ Epidural ☐ Episiotomía ☐ Extracción con ventosa ☐ Pinzas ☐ Otra

Por favor, describa otras preocupaciones u observaciones notables sobre el parto o parto de su hijo:

Peso de su hijo al nacer: Altura de su hijo al nacer: Puntuación APGAR al nacer: Puntuación APGAR después de 5 minutos:

Antecedentes de crecimiento y desarrollo

¿Ha amamantado/amamanta su hijo? ☐ Sí ☐ No – Si es así, ¿por cuánto tiempo? ¿Alguna dificultad para amamantar? Sí No

¿Consumió leche de fórmula? ☐ Sí ☐ No – Si es así, ¿a qué edad? – Si es así, ¿qué tipo de leche?

¿Sufrió/sufre su hijo de cólicos, reflujo de ácido gástrico o estreñimiento en su infancia? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

¿Su hijo flexiona/ha flexionado el cuello/la espalda, se siente adolorido o se golpea la cabeza frecuentemente? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, por favor explique:

A qué edad su hijo: Respondió a sonidos: _____ Siguió un objeto: _____ Levantó la cabeza: _____ Vocalizó: _____
Echó los dientes: _____ Se sentó solo: _____ Gateó: _____ Caminó: _____ Bebió leche de vaca: _____ Comió alimentos sólidos: _____

Por favor, anote todas las intolerancias o alergias alimentarias y cuando comenzaron:

Por favor, anote los antecedentes quirúrgicos y hospitalarios de su hijo (incluyendo el año):

Por favor, anote todas las cirugías, los accidentes, las caídas o las fracturas graves que su hijo a padecido en su vida (incluyendo el año):

¿Ha escogido vacunar a su hijo? ☐ No ☐ Sí, bajo un programa tardío o selectivo ☐ Sí, bajo un programa

– Si es así, anote todas las vacunas y sus reacciones:

¿Ha tomado su hijo antibióticos alguna vez? ☐ Sí ☐ No

– Si es así, ¿cuántas veces? Indique la razón:

¿Sufre de terror nocturno o tiene dificultad para dormir? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor explique:

¿Sufre de problemas conductuales, sociales o emocionales? ☐ Sí ☐ No – Si es así, por favor explique:

¿Cuántas horas al día suele pasar su hijo frente a la televisión, computadora, tableta o teléfono?

¿Cómo describiría la dieta de su hijo? ☐ Principalmente alimentos integrales y orgánicos ☐ Bastante normal
☐ Alto consumo de alimentos procesados

Reconocimiento y autorización

Firma del padre / tutor:

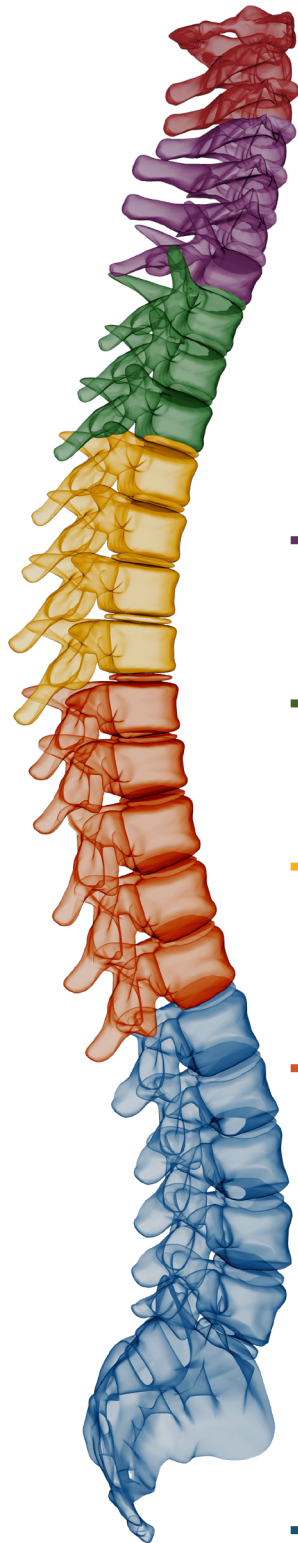
Fecha:

Dr. T.J. Osborne | Discover Chiropractic
1305C N. Bascom Ave, San Jose, CA | (408) 985-1111
info@drtjosborne.com | www.drtjosborne.com

Evaluación de síntomas del paciente

EL SISTEMA NERVIOSO CONTROLA Y COORDINA TODOS LOS ÓRGANOS Y LAS ESTRUCTURAS DEL CUERPO HUMANO

Por favor, marque las casillas correspondientes de cada síntoma o problema que padece (incluyendo el pasado y el presente).



ÁREAS	FUNCIONES	SÍNTOMAS		
		PASADO PRESENTE	PASADO PRESENTE	
Cervical	• Sistema nervioso autónomo	☐ ☐	☐ Cólicos y llantos excesivos	☐ ☐ Epilepsia y convulsiones
	• Sistema ORL (oídos, nariz, garganta)	☐ ☐	☐ Infecciones de los oídos y sinusitis	☐ ☐ Dificultades sensoriales y espectro autista
	• Visión, equilibrio y coordinación	☐ ☐	☐ Alergias y congestión	☐ ☐ TDA / TDAH
	• El habla	☐ ☐	☐ Inmunodeficiencia	☐ ☐ Problemas de concentración y memoria
	• Sistema inmunológico	☐ ☐	☐ Dolores de cabeza y migrañas	☐ ☐ Ansiedad y estrés
	• Aparato digestivo	☐ ☐	☐ Vértigo y mareos	☐ ☐ Equilibrio y coordinación
	• Inervación a los hombros, brazos y manos	☐ ☐	☐ Dolor de garganta y estreptococo	☐ ☐ Problemas del habla
	• Núcleo simpático	☐ ☐	☐ Inflamación de las amígdalas y adenoides	☐ ☐ ATM / dolor en la mandíbula
	• Metabolismo	☐ ☐	☐ Problemas de visión y audición	☐ ☐ Rigidez de cuello y hombros
		☐ ☐	☐ Falta de energía y fatiga	☐ ☐ Depresión
		☐ ☐	☐ Dificultad al dormir	☐ ☐ Hipertensión arterial
		☐ ☐	☐ Dolor, adormecimiento y hormigueo en los brazos y manos	☐ ☐ Metabolismo y control de peso deficientes
Torácica superior	• Tubo digestivo alto	☐ ☐	☐ Reflujo de ácido gástrico / ERGE	☐ ☐ Bronquitis y neumonía
	• Aparato respiratorio	☐ ☐	☐ Resfriados y tos prolongados	☐ ☐ Enfermedades cardíacas funcionales
	• Función cardíaca	☐ ☐	☐ Asma	
Torácica media	• Control de digestión	☐ ☐	☐ Problemas / dolor de la vesícula biliar	☐ ☐ Gastritis y acidez
	• Desintoxicación e inmunidad	☐ ☐	☐ Ictericia	☐ ☐ Dolores de estómago y úlceras
		☐ ☐	☐ Fiebre	☐ ☐ Problemas de glucosa en la sangre
Torácica inferior	• Reacción al estrés	☐ ☐	☐ Problemas de comportamiento	☐ ☐ Alergias y eccema
	• Filtración y eliminación renal	☐ ☐	☐ Hiperactividad	☐ ☐ Problemas de la piel / erupción
	• Estómago y digestión	☐ ☐	☐ Fatiga crónica	☐ ☐ Problemas renales
	• Regulación hormonal	☐ ☐	☐ Estrés crónico	☐ ☐ Dolor gástrico e hinchazón abdominal
Lumbar, Sacro y Pelvis	• Tubo digestivo bajo (absorción y motilidad)	☐ ☐	☐ Estreñimiento	☐ ☐ Ciática y dolor irradiado
	• Sistema inmunitario intestinal	☐ ☐	☐ Diarrea	☐ ☐ Tensión de los tendones isquiotibiales
	• Regulación hormonal reproductiva	☐ ☐	☐ Mojar la cama	☐ ☐ Discopatía degenerativa
		☐ ☐	☐ Problemas de vejiga y urinarios	☐ ☐ Debilidad en las piernas y calambres
		☐ ☐	☐ Cólicos y problemas menstruales	☐ ☐ Circulación deficiente y pies fríos
		☐ ☐	☐ Quistes y endometriosis	☐ ☐ Dolor de rodilla, tobillo y pie
		☐ ☐	☐ Infertilidad	☐ ☐ Tobillos y arcos débiles
		☐ ☐	☐ Impotencia	☐ ☐ Dolor de espalda inferior
		☐ ☐	☐ Hemorroides	☐ ☐ Intolerancia a la caseína y al gluten
		☐ ☐	☐ Enfermedad de Crohn, colitis y síndrome de colon irritable	☐ ☐ Dolor lumbopélvico / articulación sacroilíaca
		☐ ☐		

Nombre del paciente:

Fecha: