



Clínica Quiropráctica Jarrot Sierra, LLC

Ave. Jesús T Piñero 1051, San Juan, PR 00920

(787)277-5967-277-5966 Fax -5962

www.tuquiropacticopr.com

Historial Pediátrico

I. Información sobre el (la) niño (a)

Nombre del (la) niño (a) _____ Sexo F M

Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____

Edad _____

Nombres de: Madre _____ Padre _____

Dirección Postal _____

Teléfonos: Residencia _____ Madre _____

Padre _____

II. Historial pediátrico

Estatura: Al nacer _____

Actual _____

Peso: Al nacer _____

Actual _____

Anormalidades y/o defectos congénitos: _____

Alimentación durante la infancia: Lactancia Botella Fórmula

Cantidad de horas que duerme en la noche: _____ Calidad del sueño: Bueno Regular Pobre

Historial de vacunas: _____

Pediatra/Médico de Familia: _____ Localidad: _____

Última visita al médico: _____ Propósito: _____

¿Ha sido el (la) niño (a) tratado (a) de emergencia? Describa brevemente: _____

¿Ha sido el (la) niño (a) tratado (a) por algún quiropráctico?

Propósito de esta visita: _____

Recomendado por: _____

Desarrollo del infante: ¿A qué edad el (la) niño (a):

respondió a sonidos? _____

gateo? _____

siguió movimientos con su vista? _____

se mantuvo de pies? _____

mantuvo la cabeza levantada? _____

camino solo (a)? _____

se sentó solo (a)? _____

(Continúa en la parte posterior) →

¿Ha padecido el (la) niño (a) alguna vez de: (Marque según aplique.)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> alergias? | <input type="checkbox"/> diabetes? | <input type="checkbox"/> movimientos musculares involuntarios? | <input type="checkbox"/> rubella? |
| <input type="checkbox"/> anemia? | <input type="checkbox"/> diarrea? | <input type="checkbox"/> neuritis? | <input type="checkbox"/> rubeola? |
| <input type="checkbox"/> artritis? | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza? | <input type="checkbox"/> orinarse en la cama? | <input type="checkbox"/> roturas/hernias? |
| <input type="checkbox"/> asma? | <input type="checkbox"/> dolores de crecimiento? | <input type="checkbox"/> paperas? | <input type="checkbox"/> sarampión? |
| <input type="checkbox"/> catarros/gripes? | <input type="checkbox"/> dolores de espalda? | <input type="checkbox"/> parálisis? | <input type="checkbox"/> sinusitis? |
| <input type="checkbox"/> concentración de azúcar? | <input type="checkbox"/> dolores de estómago? | <input type="checkbox"/> poco apetito? | <input type="checkbox"/> tos ferina? |
| <input type="checkbox"/> convulsiones? | <input type="checkbox"/> dolores de oídos? | <input type="checkbox"/> problemas al caminar? | <input type="checkbox"/> tuberculosis? |
| <input type="checkbox"/> coyunturas? | <input type="checkbox"/> estreñimiento? | <input type="checkbox"/> problemas cardiacos? | <input type="checkbox"/> varicela? |
| <input type="checkbox"/> cuello? | <input type="checkbox"/> fiebre reumática? | <input type="checkbox"/> problemas de comportamiento? | <input type="checkbox"/> vértigo/mareos? |
| <input type="checkbox"/> desmayos? | <input type="checkbox"/> hiperactividad? | <input type="checkbox"/> problemas en los brazos? | <input type="checkbox"/> otros? Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> desórdenes digestivos? | <input type="checkbox"/> hipertensión? | <input type="checkbox"/> problemas en las piernas? | _____ |
| <input type="checkbox"/> desórdenes sanguíneos? | <input type="checkbox"/> huesos rotos? | <input type="checkbox"/> problemas ortopédicos? | _____ |

Historial actual (Incluya, también, cirugías, accidentes y/o medicamentos que este tomando el (la) niño (a)): _____

III. Historial durante el embarazo y el parto

Tipo de nacimiento: _____ Normal (Vaginal) _____ Cesárea _____ Fórceps

Lugar de nacimiento: _____ Casa _____ Centro de nacimiento _____ Hospital

Obstetra/Comadrona: _____ Localidad: _____

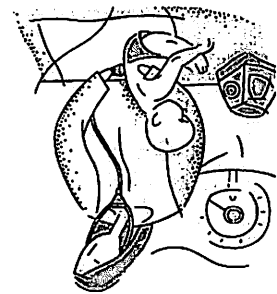
Apgar _____ % ¿Hubo presencia al nacer? _____

_____ Jaundice (Amarillo) _____ Cianosis (Morado)

Historial y/o problemas durante:

Embarazo _____

Parto _____



Historial Pediatrico

Seguro médico (Solo si aplica)

Compañía aseguradora _____

Número de contrato _____

Número de grupo _____

Nombre del asegurado principal _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal (Mes/Día/Año) _____

Relación con el paciente _____

Autorización para tratar al menor y desembolsos de servicios:

Autorizo a la Clínica Quiropráctica Jarrot Sierra a administrar el cuidado necesario a mi hijo (a)/custodio. Entiendo que soy responsable financieramente por los servicios prestados en la oficina y autorizo el pago directamente a la Clínica Quiropráctica Jarrot Sierra por los mismos, esto incluye los servicios que el seguro médico no cubra. Autorizo a la Clínica Quiropráctica Jarrot Sierra a divulgar la información necesaria para el pago de los beneficios.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha