

# Historia Pediatrica

## Takahashi Chiropractic, Inc.

Brandon Takahashi, D.C.

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quien le dijo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/ Guardianes: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Sexo: F / M

**Razon por su visita?** \_\_\_\_\_

Ha sido su hijo/a tratada/o por otro doctor? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_

Problemas Medicos: \_\_\_\_\_

**Marque las condiciones presentes o que le han ocurrido a su hijo/a en los ultimos 6 meses:**

- Infeccion de oidos  Scoliosis  Ataques Epilecticos  Gripe Chronica  Dolor de cabeza  
 Asma/Alergias  Problemas Digestivos  ADHD  Fiebre  Dolores por crecimiento/espalda  
 Colicos  Horinarse en cama  Accidente de caro  Corajes  Otro \_\_\_\_\_

Historia Medica de Familia: \_\_\_\_\_

Nombre de Chiropractico previo: \_\_\_\_\_

Fecha de ultima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razon: \_\_\_\_\_

Nombre de Pediatra: \_\_\_\_\_

Fecha de ultima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Esta satisfecho/a con el cuidado que le dan? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuantas dosis de antibiotico ha tomado su hijo/a?

En los ultimos 6 meses: \_\_\_\_\_ Durante su vida: \_\_\_\_\_

Cuantas dosis de otros medicamentos ha tomado su hijo/a?

En los ultimos 6 meses: \_\_\_\_\_ Durante su vida: \_\_\_\_\_

Ha sido/a su hijo/a vacunado/a? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Historia Prenatal:

Nombre de ginecologo/a o partera: \_\_\_\_\_

Complicaciones durante su embarazo? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ cuales: \_\_\_\_\_

Cuantos ultrasonidos le hicieron: \_\_\_\_\_

Tomo medicamentos durante su embarazo o durante su parto: No \_\_\_\_\_ Si: \_\_\_\_\_ cuales: \_\_\_\_\_

Fumo o tomo alcol durante su embarazo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En donde tuvo a su hijo/a: \_\_\_\_\_ hospital \_\_\_\_\_ con una partera \_\_\_\_\_ en casa

METODO DE PAGO:      EN EFECTIVO      TARJETA DE  
CREDITO      CHEQUE      ASEGURANSA     

- REQUERIMOS PAGO AL TIEMPO DE SERVICIOS, A MENOS QUE TENGA OTROS ARREGLOS (ASEGURANSA, ABOGADO, OTROS ARREGLOS ESPECIALES CO LA OFICINA, ETC )
- YO DOY PERMISO AL DOCTOR Y/O SUS ASISTENTES PARA COMPLIR LOS SERVICIOS O EXAMENES NECESARIOS PARA OBTENER EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE MI CONDICION, Y DAR QUALQUIER INFORMACION NECESARIO PARA PROCESAR LOS DOCUMENTOS LEGALES O DE ASEGURANSA, AUTORIZO BENEFICIOS DE MI ASEGURANSA PARA HACER PAGOS DIRECTAMENTE A ESTA OFICINA POR LOS SERVICIOS OBTENIDOS

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA      /      /