

# Health History 4 Kids

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Numero de hermanos: \_\_\_\_\_

Lugar natal: Hogar: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_ Centro de Maternidad: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ ¿Complicaciones? S / N

¿A quién podemos agradecer haberlo referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ ¿A visitado a un  
quiropráctico anteriormente? S / N

Estado de vacunación: Programa regular \_\_\_\_\_ Programa alterno \_\_\_\_\_ Sin vacunar \_\_\_\_\_

¿Quiéres más información sobre la vacunación y tomar una decisión informada para su hijo? S / N

## Resumen de Historial Médico

Pasado	Presente	Pasado	Presente	Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malestar estomacal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trauma emocional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión deportiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daños por vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente de auto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinus Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Auto-Inmune
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sudores fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zumbido en oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manos y pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas para orinar	Otro: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio	_____	

Indique cualquier medicamentos: \_\_\_\_\_

En una escala de 1-10, siendo 10 perfecto estado de salud, hoy en día la salud de mi hijo es un \_\_\_\_/10.  
Me gustaría que fuera un \_\_\_\_/10.

¿Hay algo más sobre lo que quieras informar al doctor?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medio:** Algunas partes de sus visitas pueden ser monitoreadas con fotografía, video, o grabaciones de audio. Por favor inicial para indicar que usted ha sido informado.

\_\_\_\_\_(Iniciales)