



Pura Vida Chiropractic, PLLC
2318 NW Military Hwy Suite 103
San Antonio, TX 78231
210.685.1994
www.puravidasanantonio.com
Dr Dan Foss, DC

Por favor, rellene este formulario historial a detalle y devuelva al personal de recepción. Si necesita ayuda, por favor háganoslo saber, ya que estaremos encantados de ayudarle.

Infantes / Niños Perfil de Bienestar

Fecha: _____

Nombre: _____

F.N. _____
MM/DD/AAAA

Sexo: M F

Dirección: _____

Cód. Postal: _____

Núm. Celular: _____

Fecha de la ultima revisión medica: _____

Ultima visita Quiropráctica: _____

Razon por su visita: _____

Otros preocupaciones: _____

Hospitalizaciones previas y fármacos: _____

Historial de Nacimiento: Hospital Casa Centro Maternidad Medico Partera

Parto asistido? Si No Si es: Fórceps Extracción de vacio Cesaría Parto provocado

Medicamentos admin durante parto? Si No Explique : _____

Complicaciones? Si No Explique: _____

Fue parto normal? Yes No Duración de parto: _____

APGAR a nacer: _____ Después de 5 min: _____

Crecimiento y Desarrollo

Fue alerta y responsivo el infante dentro de las primeras 12 horas Si No

Si no, Explique: _____

Duerma bien y sin complicaciones: Si No

Si No, Explique: _____

La Salud del Sistema Neurospinal es muy importante y la Quiropráctica concierne los estreses que pueden dañar el cuerpo, la siguiente información es muy importante para nosotros.

Nombre: _____

Fecha: _____

Estresores Químicos:

Dio Pecho? Si No Por Cuanto Tiempo: _____

Formula introducida: _____ Tipo de formula: _____

Hubo introducción de la leche de vaca: Si No A qué edad? _____

Intolerancia a jugos/comida: Si No Que tipo: _____

Fumo durante el embarazo? Si No Tomo alcohol durante el embarazo? Si No

Padeció de alguna enfermedad durante el embarazo?: _____

Tomo drogas durante el embarazo?: _____

Tuvo ultrasonidos: Si No Cuantos y la razón?: _____

Procedimientos invasivos (amniocentesis, CVS): _____

Mascotas en casa: Si No

Fumadores en el hogar: Si No Cuánto?: _____

Vacunas: Si No Cuáles? Cualquier reacción? _____

Número total de ciclos de antibióticos hasta la fecha? _____

Estresores Psicosociales

Dificultades con la lactancia? Si No Problema con la unión? Si No

Problemas de conducta: Si No Inicio: _____

Pesadillas, sonambulismo, dificultad para dormir? Si No Explique: _____

Promedio del número de horas de TV semanal? _____

Estresores Traumáticos

Traumas durante el embarazo? (caídas, accidentes): _____

Evidencia de trauma de nacimiento: moratones, cabeza en forma extraña, atropados en la vía del parto, parto rápido o largo, depresión en las vías respiratorias, cordón alrededor del cuello? _____

Caídas de sofás, camas, o mesas de cambio: _____

Traumas con hematomas, cortes, suturas, fracturas?: _____

Hospitalizaciones: Si No Explique: _____

Cirugías o órganos extraídos?: _____

Deportes y comenzó a jugar de edad: _____

Peso de la mochila escolar: _____ Horas aproximadas jugando deporte por semana: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE UN MENOR

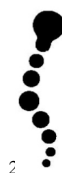
Nombre(s) de Padre(s): _____

Numero de Celular _____ Numero de Trabajo _____

Yo autorizo y doy consentimiento para la evaluación quiropráctica de mi hijo

Firma del Padre o Guardián

Date



Firma de Testigo

Date



Pura Vida Chiropractic, PLLC
2318 NW Military Hwy Suite 103
San Antonio, TX 78231
210.685.1994
www.puravidasanantonio.com
Dr Dan Foss, DC

Términos de Aceptación

Cuando un paciente busca cuidado Quiropráctico y aceptamos a proveerle con dicho cuidado, es esencial que estemos trabajando hacia el mismo objetivo.

La Quiropráctica solo tiene una meta, eliminar nervios pinchados que interfieren con la expresión de la inteligencia innata del organismo. Es importante que cada paciente entienda el objetivo y el método que utilizamos para obtener ésta meta. Esto va a ayudar y a prevenir cualquier duda, pregunta ó confusión que tenga.

Un ajuste: la aplicación de una fuerza específica para facilitar la corrección de una subluxación vertebral. Nuestro método de corrección son ajustes específicos a la columna.

Salud: un estado óptimo físico, mental, social, bienestar emocional y no solamente la ausencia de enfermedad

Subluxación Vertebral: un desplazamiento de una ó más de las 24 vértebras en la columna que causa interferencia en el sistema nervioso, resultando en una disminución de la habilidad innata que tiene el cuerpo de curarse, repararse y expresar su salud máxima.

No ofreceremos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad ó condición solamente subluxaciones vertebrales. Sin embargo, si durante un examen Quiropráctico hay hallazgos no-quiropáticos ó extraños, se lo haremos saber. Si desea consejos, una diagnosis ó tratamiento para tal condición/enfermedad, le recomendaremos que busque los servicios de un profesional de salud en esa área de especialidad.

NUESTRO ÚNICO OBJETIVO es eliminar mayor interferencia al sistema nervioso. Nuestra única metodología son ajustes específicos para corregir subluxaciones.

Yo, _____ he leído y entiendo todo lo mencionado arriba.
(Nombre en letra molde)

Yo acepto cuidado Quiropráctico en base a éstos términos de aceptación.

Firma

Fecha

Informe de Embarazo

Esto confirma que, de lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada y el doctor nombrado anteriormente y/o su asociado tienen mi permiso para llevar acabo una evaluación de radiografías. Se me ha notificada que los rayos-x pueden ser dañinos a un feto. La fecha de mi último ciclo menstrual fue _____.

Autorización Para Evaluar y Ajustar a un Menor de Edad

Yo, _____, el padre/madre ó guardián legal de _____, he leído y entiendo completamente los términos de aceptación mencionados arriba y doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba un examen Quiropráctico e igual obtener futuros ajustes Quiroprácticos si le encuentran una subluxación vertebral.