

Bienvenidos a Batterton Chiropractic Clinic

Gracias por elegir nuestra oficina. Estamos comprometidos en brindarle a usted y a su familia la atención quiropráctica de la mas alta calidad disponible para que sane rápidamente y disfrute de una activa, saludable y larga vida. Trabajaremos juntos para ayudar a usted y a su familia a alcanzar su salud y objetivos de estilo de vida.

Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre su atención quiropráctica, no dude en preguntar a uno de los miembros de nuestro equipo de alta educación. Todas sus preguntas, incluso las que usted aún no a pensado, serán respondidas durante su Informe Quiropráctico.

Los quiroprácticos se han convertido en los medicos de atención primaria de millones de personas en todo el mundo. Independientemente del motivo de su visita a nuestra oficina hoy, nuestro objetivo es convertirnos en el apoyo de su familia como proveedor y recurso de confianza para vivir un estilo de vida saludable a lo largo de su vida.

INTRODUCCION AL PACIENTE PEDIATRICO

Nombre del menor: _____ Nombre de la Madre: _____ F/N: _____

Número de caso: _____ Nombre del Padre: _____ F/N: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip code: _____

Tel. Trabajo Madre: _____ Cel. Madre: _____

Tel. Trabajo Padre: _____ Cel. Padre: _____

Emails: _____ / _____

Fecha Nacimiento menor ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___ Núm. Hermanos: ___ Ref. por _____

Peso al nacer: _____ Medida: _____ Peso actual: _____ Medida actual: _____

Presentación Tercer trimestre: Vertex ___ Breech ___ Transverso/a ___ De cara: _____

Tipo de parto: Normal Váгинаl ___ Pinzas ___ Cesárea ___ Subción/Vacuum _____

Lugar: Hogar ___ Centro de maternidad ___ Hospital _____

Problemas durante el embarazo: _____

Problemas durante el parto: _____

Puntajes de apgar: _____ Hubo presencia al nacer de Ictericia (amarilla) ___ Cianosis (azúl) _____

Anomalías congénitas/defectos? ___ En caso afirmativo, explique: _____

Alimentación del menor: Lactancia ___ Botella ___ Formula _____

Cuántas horas duerme: _____ Calidad del sueño: Buena ___ Justa ___ Pobre _____

Obstetra/Partera: _____

Pediatra/Médico: _____

Fecha última visita: ___/___/___ Propósito: _____

Historial de inmunización: _____

Número de dosis de antibióticos que ha tomado el menor: Últimos seis meses: ___ Durante su vida _____

Quiropráctico Previo: _____

Última visita: ___/___/___ Propósito: _____

Su hijo/a ha sido tratado/a en alguna sala de emergencias: ___ Explique: _____

Propósito de esta visita: _____

Plan médico: _____ Número de contrato: _____

AUTORIZACION PARA EL CUIDADO DE MENORES

POR LA PRESENTE AUTORIZO A ESTA OFICINA Y A SUS DOCTORES A ADMINISTRAR LA ATENCION QUE CONSIDEREN NECESARIA PARA MI HIJO/HIJA/MENOR A CARGO LEGALMENTE.

FIRMA: _____ TESTIGO: _____ FECHA: __/__/__

COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODAS LAS TARIFAS COBRADAS POR ESTA OFICINA Y ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS. LOS RAYOS X SON PROPIEDAD DE ESTA OFICINA.

FIRMA: _____

FECHA: __/__/__