

Good Vibrations Family Chiropractic

Evaluación del Bienestar Infantil

Primer Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____

Fecha de Nacimiento M _____ / D _____ / A _____

Género: _____

Nombre de Padres _____

Nombre de hermana/os y edades _____

¿Has visto a un quiropráctico antes? No ____ Si es así, ¿cuándo? _____

¿Su familia ve a un quiropráctico? _____

¿Qué le gustaría que su hijo recibiera del cuidado en esta oficina?

¿Cuál es su nivel de compromiso con usted y la vida y el bienestar de su hijo? _____

¿Cómo se enteró de la quiropráctica familiar Good Vibrations?

¿Hay algo sobre el sistema nervioso y la columna vertebral o la salud de la salud de su hijo/a que debemos saber?

Comentarios adicionales: _____

Historia de nacimiento y parto

Nombre del obstetra / partera _____
Nombre del médico /pediatra _____

¿Tipo de nacimiento? Cefálico (cabeza primero) _____
Nalgas (pies primero) _____
Occipucio posterior (mirando hacia adelante) _____
¿Lugar de nacimiento _____

Asistentes de parto? (MD, Partera, Doula) _____

¿Necesita ayuda durante el parto? (Fórceps, extracción por vacío, cesárea) _____

¿Alguna complicación durante el parto?

¿Cuál fue la edad gestacional del niño al nacer? _____ semanas
Peso de nacimiento _____ Longitud de nacimiento _____
¿Hay anomalías / defectos congénitos? _____

¿Su hijo/a recibió alguno de los siguientes?

Gotas para los ojos de nitrato de plata _____ Incubación (cuánto tiempo) _____
Inyección de vitamina K _____
Inyección de hepatitis _____ Separación de la madre (cuánto tiempo) _____

¿Estuvo su hijo alerta y receptivo dentro de las 12 horas posteriores al parto?

Explicar _____

Posición de la madre durante el trabajo de parto (espalda, costado, sentada, de pie)

¿Fue inducido el parto? _____

¿Recibió la madre algún medicamento antes, durante o después del proceso de parto? (Epidural, morfina, otros) _____

_____ ¿La madre tuvo una episiotomía?
_____ Duración del trabajo de parto y el parto _____

Crecimiento y Desarrollo

A qué edad tenía su hija:

Seguir un objeto _____

Sostener cabeza _____

Sentarse sin ayuda _____

Gatear _____

Responder al sonido _____

Vocalizar _____

Dientes _____

Caminar _____

¿Considera que el patrón de sueño de su hijo es normal?

Explique _____

_____ ¿Algún problema de salud del lado materno de la familia?
(cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, etc.)

Lado del Padre _____

Hermanos _____

Con

Estresores Químicos

¿Algún trauma / enfermedad durante el embarazo?

Durante el embarazo, ¿la madre: Humo de cigarrillos (de primera o segunda mano, si es así, cuánto) _____

Consume alcohol (si es así, cuánto) _____

Toma suplementos (si es así, enumere) _____

Toma medicamentos (si es así, enumere) _____

_____ Recibe ultrasonidos o otras radiaciones _____

Recibir cualquier procedimiento invasivo durante el embarazo (amniocentesis, etc.)

¿Su hijo fue amamantado? (hasta qué edad) _____

¿A qué edad introdujo la fórmula? _____ ¿A

qué edad introdujo la leche de vaca? _____

¿A qué edad introdujo los alimentos sólidos? (tipos)

Indique el historial de uso de antibióticos de su hijo y los tipos _____

Indique el historial de vacunación de su hijo y la edad que recibió _____

¿Razón de las vacunas? _____

¿Alguna reacción negativa? _____

¿Hay fumadores en casa? (Por favor liste) _____

¿Alguna mascota en casa? (Por favor liste) _____

Estresores psicosociales

¿Tuvo la madre algún problema con la lactancia? _____

¿Algún problema con la vinculación con su hijo/a?

_____ ¿Algún problema de comportamiento?

_____ ¿Número de horas que duerme su hijo? _____

_____ ¿Terror nocturnos, sonambulismo, dificultad para dormir? _____

Cantidad promedio de horas que su hijo ve televisión por semana, si corresponde_____

¿Siente que el desarrollo social y emocional de su hijo es normal para su edad? (Por favor explique)_____

Estresores físicos

¿Algún traumatismo para la madre durante el embarazo? (caídas, accidentes, etc.)

¿Alguna evidencia de trauma de nacimiento para su hijo? Marque todo lo que corresponda:

Moretones_____

Cabeza de forma irregular_____

Parto rápido o excesivamente

largo_____

Atascado en el canal del

parto_____ Depresión

respiratoria_____ Cordón

alrededor del cuello_____

¿Algún niño se cae de sofás, camas, cambiadores, etc.?

¿Algún traumatismo infantil que provoque moretones, fracturas o puntos de sutura? _____

¿Alguna hospitalización o cirugía infantil?

_____ ¿Comenzó a participar en deportes y en qué edad comenzó? (enumere los deportes y la cantidad de horas a la semana) _____

Horas aproximadas de tiempo de juego cada semana_____

¿Se usa una mochila escolar? (Pesado o Ligero)

Comentarios

adicionales:_____

Planificación de objetivos de salud

5 Metas Principales para su Hijo/a

Para que entendamos las necesidades de su hijo/a y creemos una dirección más completa para su salud, comparta sus 5 principales objetivos de salud para su hijo.

1.

2.

3.

4.

5.

Good Vibrations Chiropractic

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Cuando una persona busca cuidado quiropráctico y aceptar a una persona para el cuidado de tal, es esencial tanto para estar trabajando por el mismo objetivo. Las siguientes definiciones ayudan a aclarar algunos de los fundamentos de la quiropráctica.

Salud: El estado óptimo de bienestar físico, mental y el bienestar social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Subluxación vertebral: Una desalineación de una o más de las vértebras veinticuatro en la columna vertebral que causa la alteración de la función nerviosa y la interferencia de la transmisión de los impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad natural del cuerpo para expresar su potencial máximo de salud.

Ajuste: El ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección del cuerpo de subluxaciones vertebrales. Nuestro método quiropráctico de corrección es por ajustes específicos de la columna vertebral.

Ofrecemos a proporcionar el cuidado quiropráctico para corregir la subluxación vertebral. Nuestro objetivo es práctica para eliminar la interferencia importante del sistema nervioso para la expresión de la capacidad natural del cuerpo para curar y crecer. Podemos utilizar otros procedimientos para ayudar a su cuerpo a mantener los beneficios de los ajustes. Si durante el transcurso de un quiropráctica neuro-espinal análisis nos encontramos con dictámenes de extracción no quiroprácticos o inusuales, o cualquier otro riesgo conocido de daño corporal, le aconsejamos que busque los servicios de otro especialista de la salud.

En Good Vibrations Chiropractic, La salud es un proceso dedicado y activo que se logra a través de nuestra asociación con el objetivo de optimizar su salud y su vida.

Yo, _____, he leído y entendido completamente los párrafos anteriores.

Todas las preguntas sobre el objetivo del quiropráctico referente a mi atención en esta oficina han sido contestadas a mi entera satisfacción. Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

(Firma)

(Fecha)

Consentimiento para evaluar y ajustar un menor de edad:

Yo, _____ siendo el padre o tutor legal de _____ ha leído y entendido los términos anteriores de aceptación y doy permiso para que mi hijo reciba la atención quiropráctica.