

# Quiropráctica familiar Cross Timbers

## Formulario de admisión de quiropráctica pediátrica

Nombre fecha: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

\*¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí No \_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Representante autorizado/padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? \_\_\_\_\_

**Razón de la visita:** \_\_\_ Bienestar \_\_\_ Queja

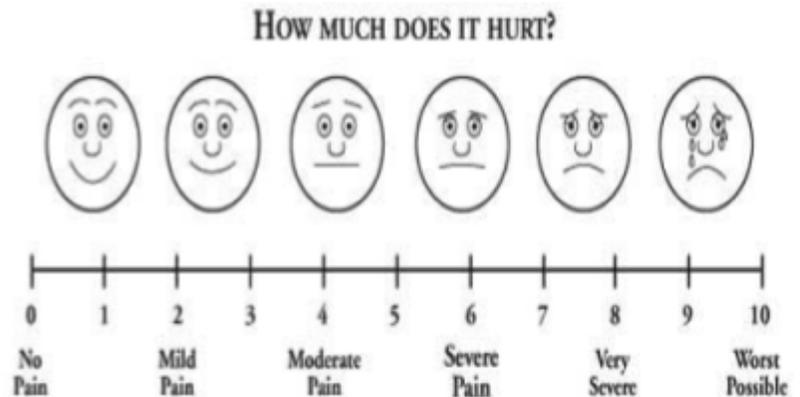
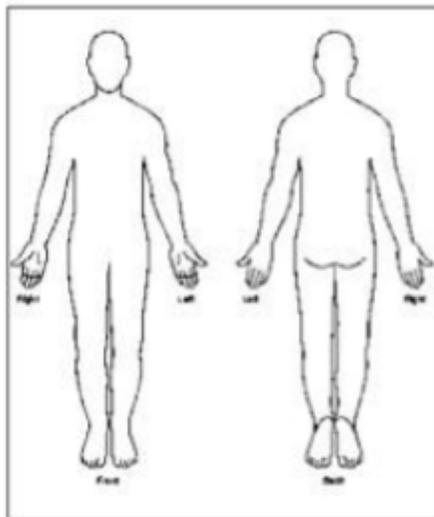
Presente denuncia: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó esto? \_\_\_\_\_ ¿Hubo un accidente o una lesión involucrada? Sí No

¿Ha recibido su hijo algún tratamiento anterior para esta dolencia? S N Describa: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Indique en la imagen a continuación dónde se encuentra la molestia.



**Preguntas generales/Historia prenatal:**

¿Alguna complicación durante el embarazo? S N Explique: \_\_\_\_\_

Medicamentos tomados durante el embarazo: \_\_\_\_\_ Cigarrillos o alcohol durante el embarazo: S

N

Intervención en el parto: cesárea con vacío con fórceps

¿Complicaciones durante el parto? S N Explique: \_\_\_\_\_

Trastornos o discapacidades genéticas: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces le han recetado antibióticos a su hijo en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_ Número de

antibióticos en su vida: \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido su hijo vacunas? Sí No

**Historial de alimentación:**

**Enfermedades de la infancia:**

Amamantado: Sí No Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ Varicela: S N Edad: \_\_\_\_\_

Alimentación con fórmula: S N Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ Rubella: Y N Age: \_\_\_\_\_

Introducido a: Sólidos a los \_\_\_\_\_ meses Rubeola: Y N Age: \_\_\_\_\_

Leche de vaca a los \_\_\_\_\_ Meses Paperas: S N Edad: \_\_\_\_\_

Alergias o intolerancias alimentarias: S N Tos ferina: S N Edad: \_\_\_\_\_

Lista: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Según el Consejo Nacional de Seguridad, aproximadamente el 50% de los niños se caen de cabeza desde un lugar alto durante su primer año de vida (es decir, una cama, un cambiador, escaleras, etc.).

¿Fue este el caso de su hijo? Sí No

Explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha participado en algún tipo de deporte de alto impacto o contacto (es decir, fútbol americano, gimnasia, béisbol, porristas, artes marciales, etc.)? Sí No

¿Su hijo alguna vez ha estado involucrado en un accidente automovilístico? S N Explique: \_\_\_\_\_

¿Otros traumas no descritos anteriormente? S N Explique: \_\_\_\_\_

¿Cirugías previas? S N Explique: \_\_\_\_\_

#### Revisión de sistemas:

Por favor verifique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

\_\_\_ Dolor de cabeza \_\_\_ Desequilibrios posturales \_\_\_ Dolores de crecimiento \_\_\_ Escoliosis \_\_\_ Amigdalitis  
\_\_\_ Asma \_\_\_ Tortícolis \_\_\_ Infecciones de oído \_\_\_ Convulsiones \_\_\_ Problemas para dormir  
\_\_\_ Problemas digestivos \_\_\_ Enuresis \_\_\_ PDD/Autismo \_\_\_ ADD/ADHD \_\_\_ Fiebre frecuente  
\_\_\_ Cólico \_\_\_ Dificultades de aprendizaje \_\_\_ Reflujo ácido \_\_\_ Displasia de cadera \_\_\_ Alergias

¿Cómo calificaría la dieta de su hijo? \_Bien equilibrada \_\_\_ Promedio \_\_\_ Alto contenido de azúcar/alimentos procesados

Número de horas que duerme su hijo: \_\_\_\_\_ horas por noche \_\_\_\_\_ horas por día/siestas

Calidad del sueño: \_\_\_ Buena \_\_\_ Regular \_\_\_ Mala

\*\*\*\*\*

#### Autorización para tratar a un menor

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/tutor firmante que tiene la custodia/tutela legal de \_\_\_\_\_, un menor, por la presente autorizo, solicito y ordeno al Dr. Akin que realice a su criterio cualquier examen y diagnóstico o tratamiento quiropráctico que se considere necesario.

Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



## ***Cesión limitada de derechos y consentimiento informado***

Yo \_\_\_\_\_, por la presente cedo todos y cada uno de los derechos legales requeridos con respecto a la aplicación de las disposiciones de beneficios médicos de cualquier póliza de seguro bajo la cual califico para recibir beneficios, incluido el derecho a proceder en el arbitraje de AAA, necesario para cobrar el dinero adeudado y debido a *Quiropráctica familiar Cross Timbers* por los servicios médicos que me fueron brindados.

Esta es una cesión limitada de derechos únicamente con el fin de cobrar honorarios por servicios médicos destacados por parte de *Quiropráctica familiar Cross Timbers*. Específicamente no cedo y, por lo tanto, me reservo todos los demás derechos y obligaciones, incluido el deber de cooperar con la compañía de seguros, con respecto a la ejecución de todas las demás coberturas de beneficios médicos.

### ***Consentimiento informado***

Por la presente solicito y consiento la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidos varios modos de fisioterapia y radiografías de diagnóstico, en mí (o en el paciente nombrado a continuación de quien soy legalmente responsable) por el médico quiropráctico nombrado a continuación y/u otros médicos quiroprácticos autorizados que ahora o en el futuro trabajen en la clínica u oficina que se enumeran a continuación o en cualquier otra oficina o clínica.

He tenido la oportunidad de hablar con el médico quiropráctico mencionado a continuación y/o con otro personal del consultorio o de la clínica sobre la naturaleza y el propósito de los ajustes quiroprácticos y otros procedimientos. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo y estoy informado que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico ejercerá su criterio durante el curso del procedimiento, lo que el médico siente en ese momento, basándose en los hechos que conoce en ese momento. él o ella, es lo mejor para mí.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y al firmar a continuación acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la cual busco tratamiento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dra. Amy Akin / Dra. Joanna Martin / Dr. Parker Toliver

*Nuestra oficina presentará su seguro como cortesía para usted. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos responsables de las limitaciones de la póliza. Durante su primera visita, nuestra oficina hará todo lo posible para verificar los beneficios de su póliza; sin embargo esto hace **NO** garantizar su póliza o pagos. Usted será responsable de su deducible y coseguro. **Si se anticipa un pago de seguro por un servicio pero luego se rechaza, usted será responsable del monto total tan pronto como se notifique a nuestra oficina sobre la denegación.** Se agregará un crédito a su cuenta si se recibe un pago de seguro por un servicio que usted ya pagó en su totalidad. Debe notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio realizado en su póliza o cobertura de seguro. **\*\*A Tarifa por no presentarse** Se agregará una cantidad de \$15 a su cuenta si pierde o reprograma su cita sin un aviso de 1 hora.*