



## Solicitud De Cliente Nuevo (Niño/a)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de N.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ M / F  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Telefónico: \_\_\_\_\_ Celular/Casa \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Contacto Preferido: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
 Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Nombres y Edades: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo/a a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### **Liste Sus Preocupaciones De Salud Acá Abajo**

Preocupaciones de Salud Según su Severidad	Rango de Severidad: 0 = suave 10 = severo	¿Cuándo comenzó este problema?	¿Empezó el problema con una herida?	Son los síntomas constantes o intermitentes?
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

¿Ha visto a otros médicos por estas condiciones?: Sí / No

Quiropráctico / Médico / Otro: \_\_\_\_\_

Quién?: \_\_\_\_\_ Cuando?: \_\_\_\_\_ Resultado?: \_\_\_\_\_

### **Marque Todos Los Problemas Que Tiene**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza           | <input type="checkbox"/> Lactancia Dificil     | <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones         |
| <input type="checkbox"/> Migrañas                  | <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentes | <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Temblores                      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula        | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído  | <input type="checkbox"/> Dificultad al Respirar | <input type="checkbox"/> Artritis                       |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello           | <input type="checkbox"/> Sinusitis             | <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Escoliosis                     |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Hombro           | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición   | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Postura Mala                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Brazo            | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos  | <input type="checkbox"/> Náuseas                | <input type="checkbox"/> Dolores Articulaciones         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Superior | <input type="checkbox"/> Vertigo               | <input type="checkbox"/> Reflujo Ácido          | <input type="checkbox"/> Lesion Deportiva               |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Media    | <input type="checkbox"/> Músculos Tensos       | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos   | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en Manos/Dedos  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja     | <input type="checkbox"/> Pérdida de Energía    | <input type="checkbox"/> Diarrea                | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en Piernas/Pies |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cadera/Pierna    | <input type="checkbox"/> Nerviosismo           | <input type="checkbox"/> Estreñimiento          |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla          | <input type="checkbox"/> Visión Doble/Borrosa  | <input type="checkbox"/> Enuresis               |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pie              | <input type="checkbox"/> Ansiedad              | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón     |   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho            | <input type="checkbox"/> TDAH                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Vejiga    |   |
| <input type="checkbox"/> Problema de Corazón       | <input type="checkbox"/> Pérdida de Balance    | <input type="checkbox"/> Problemas de Piel      |   |
| <input type="checkbox"/> Cólico                    | <input type="checkbox"/> Depresión             | <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir  |   |

### **Información Sobre el Embarazo:**

¿Cómo fue su embarazo?: \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación?: \_\_\_\_\_

¿Tomó algún medicamento durante su embarazo?: \_\_\_\_\_

¿Otra información importante?: \_\_\_\_\_

### **Información Sobre el Parto del Embarazo:**

Lugar de nacimiento (Marque uno):      Hospital      Centro de Nacimiento      Hogar

Intervención de nacimiento (Marque uno):    Ninguno    Pinzas    Cesárea

¿Inducida? Sí / No

Favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Medicamentos durante el parto de embarazo? \_\_\_\_\_

¿Otra información?: \_\_\_\_\_

### **Información de Nacimiento:**

Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Longitud al Nacer: \_\_\_\_\_

¿Amamantado/a?: Sí / No    ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Alimentado con fórmula?: Sí / No    ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Alimentos sólidos introducidos a \_\_\_\_\_ meses.

Alergias a los alimentos: \_\_\_\_\_

¿Cuántas dosis de antibióticos en los últimos 6 meses?: \_\_\_\_\_    ¿Cuántas dosis de antibióticos en total de vida? \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales/dosis: \_\_\_\_\_

Medicamentos de venta libre (Tylenol, jarabe para la tos, etc.) \_\_\_\_\_

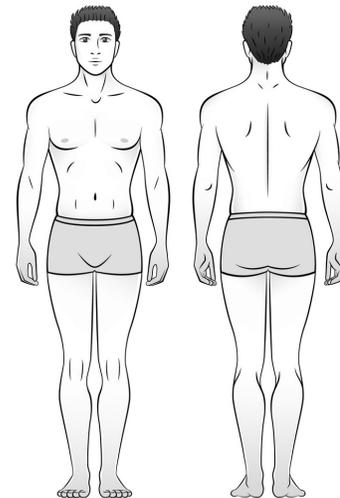
Enumere todas las operaciones quirúrgicas y los años: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo/a ha sido inconsciente?    Sí / No                      ¿Fracturado un hueso?    Sí / No

Si la respuesta es sí, favor de describirla: \_\_\_\_\_

**Favor De Marcar las Áreas del Diagrama con las Sigüientes Letras**

- R = Irradia
- B = Quema
- D = Molesta
- A = Pica
- N = Adormecido
- S = Agujas Filosas
- T = Cosquilla



**Escala Analógica Visual Cuádruple (EAVC)**

Favor de marcar el numero que describe mejor las preguntas siguientes. Si es que tiene mas de una condición, favor de indicar cuales números están asociados con la condición al cual se refiere.

1. ¿Cuál es el nivel de dolor en este momento?

---

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

2. ¿Cuál es el nivel de dolor normalmente?

---

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

3. ¿Cuál es el nivel de dolor en el mejor momento?

---

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4. ¿Cuál es el nivel de dolor en el peor momento?

---

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## **Actividades Diarias**

Favor de marcar las condiciones restringidas por el problema de salud actual:

### **Actividad:**

### **Efecto:**

#### **0-2 Años**

Levantar la Cabeza	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Tiempo Boca Abajo	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Amamantar	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Sentarse	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Arrastrarse	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Dormir	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
De Pie Solo	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Caminar Solo	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer

#### **3+ Años**

Tareas del Hogar	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Vestirse	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Dormir	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Sentarse	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
De Pie Por Mucho Tiempo	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Caminarsse	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Lavarse/Bañarse	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer
Concentrarse al Leer	No Efecto	Doloroso (Puede Hacerlo/a)	Incapaz de Hacer

### **Actividad**

### **Nivel de Actividad Actual**

### **Nivel de Actividad Objectiva**

*Ejemplo: Dormir*

*Menos que una hora*

*4 a 5 horas*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Si esta solicitud es para un menor/niño, complete y firme a  
continuación  
Consentimiento escrito para un niño/a**

Nombre de cliente quien es menor/niño: \_\_\_\_\_ Fecha de N.: \_\_\_\_\_

Autorizo a los Dres. Carson Wilde y Todd Beck y todo el personal de Edified Chiropractic para realizar procedimientos de diagnóstico, evaluaciones radiográficas, brindar atención quiropráctica y realizar ajustes quiroprácticos a mi menor/hijo. A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar los servicios de atención médica para mi menor/niño. Si se revoca o modifica mi autoridad para seleccionar y autorizar la atención, lo notificaré de inmediato a Edified Chiropractic.

Nombre de Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad**

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

1. Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
2. Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Reconozco que puedo solicitar su AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. También entiendo que puedo solicitar, por escrito, que usted restrinja cómo se usa mi información privada para divulgar para llevar a cabo un tratamiento, pago u operación de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización Radiograficas**

Como su proveedor de atención médica, somos legalmente responsables de sus registros quiroprácticos. Debemos mantener un registro de sus radiografías en nuestros archivos. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de sus radiografías en nuestros archivos. Las radiografías digitales en un CD estarán disponibles dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud en cualquier día de horario de práctica regular. Tenga en cuenta: En esta oficina se utilizan rayos X para ayudar a localizar y analizar las subluxaciones vertebrales. Los doctores de Edified Chiropractic no diagnostican ni tratan condiciones médicas; sin embargo, si se encuentra alguna anomalía, se la informaremos para que pueda buscar el asesoramiento médico adecuado.

Al firmar a continuación, acepta los términos y condiciones anteriores.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de N.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_