



Pediatric Chiropractic Form 4-17 Year-Old

Thank you for choosing Community Health Systems, Inc. for your Chiropractic Care! Your Health and Wellbeing is important to us. Please take the time to fill out this form so we can better help you. Let us know if you have any questions.

Child's Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Age:** _____

Sex: M/F **Height:** _____ **Weight:** _____ **# of siblings:** _____

Name of Parents/Guardians: _____

How did you hear about our office?: _____

Reason for today's visit: _____

Other doctors you have seen for this condition: _____

Prior treatment: _____

Other Health Problems

Please check box for any current, or past health problems your child has had on the list below:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Dizziness | ☐ Elbow/Arm Pain | ☐ Stomach Aches | ☐ Broken Bones |
| ☐ ADHD | ☐ Poor Appetite | ☐ Cough/Wheeze | ☐ Sprains/Strains |
| ☐ Autism | ☐ Digestive Issues | ☐ Constipation | ☐ Diarrhea |
| ☐ Hyperactivity | ☐ Convulsions/Seizures | ☐ Behavioral Issues | ☐ Hernia |
| ☐ Neck Pain | ☐ Diabetes | ☐ Heart Condition | ☐ Pain While Urinating |
| ☐ Backaches | ☐ Rashes | ☐ Sinus Issues | ☐ Leg/Hip Pain |
| ☐ Scoliosis | ☐ Chronic Ear Infections | ☐ Vaccine Reactions | ☐ Anemia |
| ☐ Allergies | ☐ Insomnia | ☐ Knee/Foot Pain | ☐ Fainting |
| ☐ Asthma | ☐ Nightmares | ☐ Growing Pains | ☐ TB |
| ☐ Runny Nose | ☐ Bed Wetting | ☐ Joint Pain | ☐ Itchy Eyes |
| ☐ Chest Pain | ☐ Blood Disorders | ☐ Paralysis | ☐ Rheumatic Fever |
| ☐ Headaches | ☐ Frequent Colds | ☐ Fever/Chills | ☐ Poor Posture |
| ☐ Infections | ☐ Antibiotic Use | ☐ Hypertension | ☐ Neuritis |
| ☐ Poor Memory | ☐ Arthritis | ☐ Muscle Pain | ☐ Other: _____ |

Health History

Previous Chiropractor: _____ Reason for Care: _____

Name or Pediatrician: _____ Date of Last Visit: _____

Reason for Last Visit: _____

Current Medications: _____

Has your child been injured in any type of accident (i.e. sports, car accidents, major fall, etc. ☐ Yes ☐ No

If yes, please describe with dates: _____

Prior surgeries with dates: _____

Does your child play any sports or engage in physical recreational activities? _____

Authorization for Care of Minor

I hereby authorize this office and its Doctor(s) to administer care to my son/daughter as they deem necessary.

Print Parent/Guardian Name

Signature

Date

Forma Quiropráctica Pediátrica 4-17 Años

¡Gracias por elegir a Community Health Systems, Inc. para su atención quiropráctica! Su salud y bienestar son importantes para nosotros. Tómese el tiempo para completar este formulario para que podamos ayudarlo mejor. Háganos saber si tiene alguna pregunta.

Nombre del Niño(a): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad** _____
Género: M/F **Altura:** _____ **Peso:** _____ **# de Hermanos(as):** _____

Nombre de los padres/tutores: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Otros médicos que ha visto por esta condición: _____

Tratamiento previo: _____

Otros problemas de salud

Marque la casilla para cualquier problema de salud actual o pasado que su hijo(a) haya tenido en la lista a continuación:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Mareos | ☐ Dolor de codo/brazo | ☐ Dolor de estómago | ☐ Huesos rotos |
| ☐ ADHD | ☐ Mal apetito | ☐ Tos/sibido | ☐ Torceduras o desgarres |
| ☐ Autismo | ☐ Problemas digestivos | ☐ Estreñimiento | ☐ Diarrea |
| ☐ Hiperactividad | ☐ Convulsiones | ☐ Problemas de comportamiento | ☐ Hernia |
| ☐ Dolor de cuello | ☐ Diabetes | ☐ Condición Del Corazón | ☐ Dolor al orinar |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Sarpullido | ☐ Problemas nasales | ☐ Dolor de pierna/cadera |
| ☐ Escoliosis | ☐ Infecciones crónicas del oído | ☐ Reacciones a las vacunas | ☐ Anemia |
| ☐ Alergias | ☐ Insomnia | ☐ Dolor de rodilla/pie | ☐ Desmayos |
| ☐ Asma | ☐ Pesadillas | ☐ Dolores de crecimiento | ☐ TB |
| ☐ Congestión nasal | ☐ Mojar la cama | ☐ Dolor de articular | ☐ Ojos irritados |
| ☐ Dolor de pecho | ☐ Trastornos sanguíneos | ☐ Parálisis | ☐ Fiebre reumática |
| ☐ Dolor de cabeza | ☐ Resfriados frecuentes | ☐ Fiebre/escalofríos | ☐ Mala postura |
| ☐ Infecciones | ☐ Uso de antibióticos | ☐ Presión alta | ☐ Neuritis |
| ☐ Memoria pobre | ☐ Artritis | ☐ Dolor muscular | ☐ Otro: _____ |

Historial de Salud

Quiropráctico Anterior: _____ Motivo de la Atención: _____

Nombre de su Pediatra: _____ Fecha de la Última Visita: _____

Motivo de la Última Visita: _____

Medicamentos Actuales: _____

¿Su hijo(a) se ha lesionado en algún tipo de accidente (es decir, deportes, accidentes automovilísticos, caídas importantes, etc.)? ☐ Si ☐ No

Si es si, describa con fechas: _____

Cirugías previas y fechas: _____

¿Su hijo(a) practica algún deporte o participa en actividades físicas recreativas? _____

Autorización para el Cuidado de Menores

Por la presente autorizo a esta oficina y a su(s) médico(s) a administrar la atención a mi hijo/a según lo consideren necesario.

Imprimir el nombre del padre/tutor

Firma

Fecha