



**Centro Quiropráctico
SCHÜBEL**

FECHA DE HOY _____

CONSULTORIO _____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Teléfono de casa _____ Celular de los padres _____

Nombre de los padres _____

Dirección _____ E-mail de contacto (Padres) _____

Cómo se enteró de nuestro centro? _____

1. ¿El niño ha recibido cuidado Quiropráctico anteriormente? Sí No Cuándo fue la última visita? _____

2. Lugar de Nacimiento: _____ Casa Hospital Posta médica Clínica

3. Tipo de Parto: Parto Natural Cesárea _____

4. ¿Intervención?: Fórceps Succión _____

5. ¿Su niño participa en deportes de contacto? Sí No Si es así, cuáles?

Football Ballet/Baile Gimnasia Artes Marciales Basket

Otro _____

6. ¿El niño ha tomado algún medicamento o antibiótico en los últimos 6 meses? Sí No

Nombre de antibiótico y frecuencia _____

7. ¿Su niño ha sufrido algunos de los siguientes malestares en los últimos 6 meses?

Infeción de oído Resfrios crónicos Asma o alergias

Epilepsia Dolores de cabeza Problemas digestivos

Fiebre recurrente Escoliosis Dolores de espalda

Caídas Cólicos Enuresis (Incontinencia nocturna)

Accidente de auto Problemas de aprendizaje Otros _____

8. Explique cualquier enfermedad, accidente o dolor que actualmente presenta, o hubiera tenido en el pasado:

