



Pura Vida Chiropractic, PLLC  
1015 Donaldson  
San Antonio, TX 78213  
210.685.1994  
www.puravidasanantonio.com  
Dan Foss, DC

Por favor, rellene este formulario historial a detalle y devuelva al personal de recepción. Si necesita ayuda, por favor háganoslo saber, ya que estaremos encantados de ayudarlo.

**Infantes / Niños Perfil de Bienestar**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F.N. \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
MM/DD/AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Núm. Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de la última revisión médica: \_\_\_\_\_

Última visita Quiropráctica: \_\_\_\_\_

**Razon por su visita:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otros preocupaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones previas y fármacos:** \_\_\_\_\_

**Historial de Nacimiento:**  Hospital  Casa  Centro Maternidad  Medico  Partera

Parto asistido?  Si  No Si es:  Fórceps  Extracción de vacío  Cesaria  Parto provocado

Medicamentos admin durante parto?  Si  No Explique : \_\_\_\_\_

Complicaciones?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Fue parto normal?  Yes  No Duración de parto: \_\_\_\_\_

APGAR a nacer: \_\_\_\_\_ Después de 5 min: \_\_\_\_\_

**Crecimiento y Desarrollo**

Fue alerta y responsivo el infante dentro de las primeras 12 horas  Si  No

Si no, Explique: \_\_\_\_\_

Duerma bien y sin complicaciones:  Si  No

Si No, Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Salud del Sistema Neurospinal es muy importante y la Quiropráctica concierne los estreses que pueden dañar el cuerpo, la siguiente información es muy importante para nosotros.

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

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

### Estresores Químicos:

Dio Pecho?  Si  No Por Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Formula introducida: \_\_\_\_\_ Tipo de formula: \_\_\_\_\_

Hubo introducción de la leche de vaca:  Si  No A qué edad? \_\_\_\_\_

Intolerancia a jugos/comida:  Si  No Que tipo: \_\_\_\_\_

Fumo durante el embarazo?  Si  No Tomo alcohol durante el embarazo?  Si  No

Padeció de alguna enfermedad durante el embarazo?: \_\_\_\_\_

Tomo drogas durante el embarazo?: \_\_\_\_\_

Tuvo ultrasonidos:  Si  No Cuantos y la razón?: \_\_\_\_\_

Procedimientos invasivos (amniocentesis, CVS): \_\_\_\_\_

Mascotas en casa:  Si  No

Fumadores en el hogar:  Si  No Cuánto?: \_\_\_\_\_

Vacunas:  Si  No Cuáles? Cualquier reacción? \_\_\_\_\_

Número total de ciclos de antibióticos hasta la fecha? \_\_\_\_\_

### Estresores Psicosociales

Dificultades con la lactancia?  Si  No Problema con la unión?  Si  No

Problemas de conducta:  Si  No Inicio: \_\_\_\_\_

Pesadillas, sonambulismo, dificultad para dormir?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Promedio del número de horas de TV semanal? \_\_\_\_\_

### Estresores Traumáticos

Traumas durante el embarazo? (caídas, accidentes): \_\_\_\_\_

Evidencia de trauma de nacimiento: moratones, cabeza en forma extraña, atropados en la vía del parto, parto rápido o largo, depresión en las vías respiratorias, cordón alrededor del cuello? \_\_\_\_\_

Caídas de sofás, camas, o mesas de cambio: \_\_\_\_\_

Traumas con hematomas, cortes, suturas, fracturas?: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones:  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Cirugías o órganos extraídos?: \_\_\_\_\_

Deportes y comenzó a jugar de edad: \_\_\_\_\_

Peso de la mochila escolar: \_\_\_\_\_ Horas aproximadas jugando deporte por semana: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE UN MENOR

Nombre(s) de Padre(s): \_\_\_\_\_

Numero de Celular \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_

Yo autorizo y doy consentimiento para la evaluación quiropráctica de mi hijo

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Date



Pura Vida Chiropractic, PLLC  
1015 Donaldson  
San Antonio, TX 78213  
210.685.1994  
www.puravidasanantonio.com  
Dan Foss, DC

## Términos de Aceptación

Cuando un paciente busca cuidado Quiropráctico y aceptamos a proveerle con dicho cuidado, es esencial que estemos trabajando hacia el mismo objetivo.

**La Quiropráctica solo tiene una meta, eliminar nervios pinchados que interfieren con la expresión de la inteligencia innata del organismo.** Es importante que cada paciente entienda el objetivo y el método que utilizamos para obtener ésta meta. Esto va a ayudar y a prevenir cualquier duda, pregunta ó confusión que tenga.

**Un ajuste:** la aplicación de una fuerza específica para facilitar la corrección de una subluxación vertebral. Nuestro método de corrección son ajustes específicos a la columna.

**Salud:** un estado óptimo físico, mental, social, bienestar emocional y no solamente la ausencia de enfermedad

**Subluxación Vertebral:** un desplazamiento de una ó más de las 24 vértebras en la columna que causa interferencia en el sistema nervioso, resultando en una disminución de la habilidad innata que tiene el cuerpo de curarse, repararse y expresar su salud máxima.

No ofreceremos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad ó condición solamente subluxaciones vertebrales. Sin embargo, si durante un examen Quiropráctico hay hallazgos no-quiropáticos ó extraños, se lo haremos saber. Si desea consejos, una diagnosis ó tratamiento para tal condición/enfermedad, le recomendaremos que busque los servicios de un profesional de salud en esa área de especialidad.

**NUESTRO ÚNICO OBJETIVO es eliminar mayor interferencia al sistema nervioso. Nuestra única metodología son ajustes específicos para corregir subluxaciones.**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y entiendo todo lo mencionado arriba.  
(Nombre en letra molde)

Yo acepto cuidado Quiropráctico en base a éstos términos de aceptación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Informe de Embarazo

Esto confirma que, de lo mejor de mi conocimiento, no estoy embarazada y el doctor nombrado anteriormente y/o su asociado tienen mi permiso para llevar a cabo una evaluación de radiografías. Se me ha notificada que los rayos-x pueden ser dañinos a un feto. La fecha de mi último ciclo menstrual fue \_\_\_\_\_.

## Autorización Para Evaluar y Ajustar a un Menor de Edad

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/madre ó guardián legal de \_\_\_\_\_, he leído y entiendo completamente los términos de aceptación mencionados arriba y doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba un examen Quiropráctico e igual obtener futuros ajustes Quiroprácticos si le encuentran una subluxación vertebral.