ATLAS
ChiroPractic
and *Massage*

Pediatric Admission Form

Forma de Admisión Pediátra

PLEASE PRINT CLEARLY(favor de escribir con claridad) **Date (fecha)_____**

CHILD'S LAST NAME(Apeido de niño/a): _____FIRST NAME (Primer Nombre): _____

ADDRESS(Domicilio):_____CITY(Ciudad):_____

STATE(estado):_____ ZIP(codigo postal):_____HOME PHONE(numero de telefono): _____

CHILD'S PREFERRED NAME(nombre por cual se llama al niño/a):_____

BIRTHDATE(fecha de nacimiento):_____ SEX (sexo) M / F

MOTHERS'S NAME(nombre de la madre):_____PHONE(numero de telefono):_____

MOTHER'S ADDRESS(domicilio de la madre):_____

FATHER'S NAME(nombre del padre): _____PHONE(numero de telefono): _____

FATHER'S ADDRESS(domicilio):_____

PARENT FINANCIALLY RESPONSIBLE(responsable de cuenta): _____MOTHER(mamá)____FATHER(papá)

INSURANCE COMPANY(compañia de seguro):_____

POLICY NUMBER(numero de póliza): _____

POLICY HOLDER'S NAME(nombre de asegurado):_____DOB(fecha de nacimiento):_____

HOW DID YOU HEAR OF US?(como supo de nosotros?)_____

REASON FOR SEEKING CARE FOR YOUR CHILD(razon de su visita hoy?:_____

_____

PREVIOUS CHIROPRACTIC HISTORY(historial quiropráctico?):_____

_____

Circle any of the following conditions your child has suffered from during the past six months:
(porfavor circule las siguientes condiciones que su hijo/a aiga sufrido en los pasados 6 meses)

Ear Infections(infeccion de oidos) Scoliosis(escoliosis) Siezures(convulciones) Recurring Fevers(fiebres) Ashtma(asma)

Allergies(alergias) Colic(colicos) Digestive Issues(problemas digestivos) ADHD(TDAH)

Temper Tantrums(berrinches) Growing Pains(dolores de crecimiento) Headaches(dolores de cabeza)

Chronic Colds(resfriados crónicos) Bed Wetting(mojar la cama) Auto Accident(accidente de auto)

Other(otro):_____

PRE-NATAL HISTORY(Historial prenatal)
Complications during pregnancy? **NO YES(si)** List(liste):_____
(complicaciones con el embarazo)

Medications during pregnancy? **NO YES** List(liste):_____
(medicamentos durante el embarazo)

Cigarette or alcohol during pregnancy? **NO(no) YES**(si)

(uso de cigarillos o alcohol durante el embarazo)

Birth intervention?(intervencion en el nacimiento) Forceps(fórceps) Vacuum Extraction(aspiradora) C-Section(cesária)

Complications during delivery?(¿complicaciones en el parto?)_____

Genetic Disorders or Disabilities?(desorden genético o discapacidad) **NO(no) YES(si)** List(liste):_____

According to the National Safety Council, 50% of children fall head first from a high place during their first year of life (ie., a bed, changing table, down stairs, etc). **(De acuerdo con el Consejo Nacional de Seguridad, el 50% de niños al caer caen de cabeza primero, de algun lugar alto durante su primer año de vida(ejemplo: cama, escaleras excetera)**

Is this the case with your child? NO(no) YES(si) **When was your child's most recent fall?_____**
(Es este su caso con su niño/a? (¿cuando fue la caída mas reciente?)

The vast majority of our patients have experienced dozens of falls or impacts (auto/work/sports/hobbies) that could either begin or exacerbate subluxations. Help us discover a few of your child's. **Which of the following have your child been involved in?**

(La mayoria de nuestros pacientes se han caido varias veces o han tenido impactos (auto/trabajo/ deporte/pasatiempos) que pueden empesar o exacerbar subluxaciones. Ayudenos a descubrir unos cuantos de su hijo/a. **¿En cual de los siguientes a participado su hijo/a?)**

Football(futbol americano) Basketball(balocesto) Soccer(fubol) Gymnastics/cheerleading(gimnacia/porrista)

Martial Arts (artes marciales) Running/Track(correr/ pista) Volleyball(voleibol) Horseback riding(montar)

Other(otro):_____

Has your child ever(alguna ves su hijo/a)....fallen down the stairs(caido se escaleras) Slipped or fell on the ground/ice(resvalado en hielo o piso) Had a sports injury(tenido lesion deportiva)
Had an injury at school(tenido alguana lesion en la escuela) Been in an auto accident(accidente de auto)
Broken a bone(huesos rotos)