



TRI MODERN HEALTH
1000 Grand Canyon Parkway, Suite 104
Hoffman Estates, IL 60169
Phone: (847) 884-8488

FORMULARIO PARA PACIENTES NUEVOS PEDIÁTRICOS

Complete este formulario con atención completa para ayudarnos a brindarle la mejor atención posible a su hijo. Toda la información es estrictamente confidencial y está protegida por la HIPAA.

Información del paciente

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Género: Masculino Femenino Nombre del padre/tutor: _____

Parentesco con el niño: Madre Padre Tutor legal Otro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono celular: _____ (Usamos mensajes de texto para recordatorios de citas) Correo electrónico: _____ (Su correo electrónico NO se compartirá con terceros)

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Referido por: _____

Información del seguro

Seguro principal: _____ Policy Holder: _____

(Por favor, presente una copia de su identificación de seguro en la recepción).

Parentesco con el paciente: _____ Número de identificación del seguro: _____

Número de grupo: _____ Seguro secundario: Ninguno Sí: _____

Si se trata de un accidente automovilístico, indique: Nombre de la parte responsable del pago:

_____ Número de reclamación: _____

Persona de contacto: _____ Número de teléfono: _____

Motivo principal de consulta y condición actual: Motivo principal de la visita de hoy: _____

¿Cuándo comenzó esta condición? Recientemente Hace semanas Hace meses Hace años

¿Cómo comenzó? De repente Gradualmente Después de una lesión Desconocido

Estado actual: Mejorando Empeorando Se mantiene igual Variable

Si corresponde, nivel de dolor (escala de 0 a 10): Actual: _____ Promedio: _____ Peor: _____

¿Qué lo mejora? _____

¿Qué lo empeora? _____

¿Tratamiento previo para esta condición? Ninguno Sí: _____

¿Atención quiropráctica previa? Sí No En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Síntomas actuales

Marque todos los síntomas que el paciente presenta actualmente:

Síntomas físicos:

- Dolores de cabeza Dolor de cuello Dolor de espalda Dolor en las articulaciones Rigidez muscular
 Entumecimiento/hormigueo Mareos Mala postura Lesiones frecuentes

Desarrollo/conductual:

- Dificultades para dormir Problemas de concentración Problemas de comportamiento
 Hiperactividad Dificultades de aprendizaje Cambios de humor

Salud general: Resfriados frecuentes Problemas digestivos Alergias Fatiga Problemas de crecimiento

Otros síntomas: _____

Nacimiento y desarrollo temprano:

Historia prenatal:

Complicaciones del embarazo: Ninguna Sí: _____

Durante el embarazo, ¿la madre:

- **Fumó?** No Sí, _____ al día
- **Bebió alcohol?** No Sí, _____ a la semana
- **Hizo ejercicio regularmente?** No Sí, **tipo:** _____
- **¿Sufrió alguna enfermedad?** No Sí: _____

Medicamentos que tomó durante el embarazo: _____

¿Se realizó una ecografía? Sí No **¿Alguna inquietud?** No Sí: _____

Estrés mental/físico durante el embarazo: Mínimo Moderado Significativo. **Si es significativo, por favor explique:** _____

Información del nacimiento: Semanas al nacer: _____ **Peso al nacer:** _____ lbs _____ oz

Tipo de parto: Vaginal natural Cesárea programada Cesárea de emergencia

Lugar de nacimiento: Hospital Centro de maternidad Hogar Otro: _____

Complicaciones del parto: Ninguna Presentación de nalgas Fórceps Ventosa Trabajo de parto prolongado Inducción Epidural Otras: _____

Desarrollo Temprano:

¿Amamantado? Sí, durante _____ meses No **Problemas del bebé:** Ninguno Cólico Reflujo Estreñimiento Problemas para dormir Llanto frecuente Golpes/arqueos de cabeza

Hitos del desarrollo (edad en meses):

- Mantuvo la cabeza derecha: _____ - Se sentó solo: _____ - Gateó: _____ - Caminó: _____

¿Alguna preocupación sobre el desarrollo? No Sí: _____

Historia médica

Salud actual:

Medicamentos actuales: _____

Vitaminas/suplementos: _____

Alergias (alimentarias, medicamentosas, ambientales): _____

Historial médico pasado:

Hospitalizaciones: Ninguna Sí: _____ - _____

Cirugías: Ninguna Sí: _____

Lesiones/accidentes significativos: Ninguna Sí: _____

¿Lesiones o conmociones cerebrales en la cabeza? Ninguna Sí, _____ veces

Vacunas: Al día Retardadas/selectivas Ninguna ¿Alguna reacción a las vacunas? No

Sí: _____

Uso de antibióticos en el último año: Ninguno 1-2 veces 3+ veces _____

Historia familiar:

Marque si algún miembro de su familia tiene: Escoliosis Artritis Diabetes Enfermedad cardíaca
 Cáncer Accidente cerebrovascular Migrañas Problemas de salud mental Discapacidades de aprendizaje
ADHD

Estilo de vida actual:

Sueño: _____ horas por noche Calidad del sueño: Buena Regular Mala

Tiempo frente a la pantalla: _____ horas por día Actividad física: Alta Moderada Baja

Dieta: Principalmente alimentos integrales Equilibrada Principalmente alimentos procesados

Rendimiento escolar: Excelente Bueno Promedio Por debajo del promedio N/A

Preocupaciones de comportamiento: Ninguna Problemas de atención Agresión Retraimiento

Otra: _____

Objetivos del tratamiento

Sus tres objetivos principales para el cuidado de su hijo:

1. _____
2. _____
3. _____

Objetivo principal: Resolver la condición actual Atención preventiva/de bienestar Ambos

Preocupaciones adicionales: _____

Consentimiento para el Tratamiento y Acuerdos Legales

Consentimiento Informado para Atención Quiropráctica

Entiendo que el tratamiento quiropráctico puede incluir terapias manuales como ajustes espinales, técnicas de tejidos blandos y otros procedimientos de apoyo destinados a restaurar la función normal de las articulaciones, aliviar el dolor y mejorar la salud neurológica y general.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- **Beneficios Potenciales:** Alivio del dolor, mejor movilidad articular, reducción de la inflamación, mejor función neurológica y bienestar general.
- **Riesgos Potenciales:** Molestias temporales, tensión muscular, agravamiento de síntomas y, en raros casos (estimado entre 1 en 1 a 2 millones de ajustes cervicales), complicaciones graves como fracturas, lesiones discales, dislocaciones o disección arterial que podría provocar un derrame cerebral.
- **Opciones de Tratamiento Alternativas:** Reposo, autocuidado, medicamentos de venta libre o con receta, fisioterapia, intervención médica, inyecciones y cirugía.
- **Sin Garantías:** Entiendo que no se promete ni garantiza ningún resultado específico. Tengo derecho a solicitar una segunda opinión y a rechazar o suspender el tratamiento en cualquier momento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y doy mi consentimiento para el examen y tratamiento quiropráctico que los profesionales de Tri Modern Health consideren apropiado.

Aviso de Privacidad HIPAA y Consentimiento

Reconozco que he recibido y/o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Tri Modern Health, el cual explica cómo puede usarse y divulgarse mi información médica protegida (PHI) conforme a la ley federal.

Autorizo a Tri Modern Health a:

- Usar y divulgar mi PHI para tratamiento, facturación y operaciones de atención médica.
- Contactarme por teléfono, mensaje de texto, correo de voz o correspondencia, utilizando los datos de contacto que he proporcionado, sobre citas y asuntos clínicos.
- Divulgar información médica según sea necesario para facturación de seguros, casos de lesiones personales y coordinación de atención con otros proveedores de salud.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en el mismo. Entiendo que negarme a firmar este consentimiento puede resultar en la denegación del tratamiento.

Responsabilidad Financiera y Asignación de Seguro

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Soy financieramente responsable de todos los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro.
- Autorizo a Tri Modern Health a:
 - o Presentar reclamaciones al seguro en mi nombre
 - o Divulgar información médica relevante con fines de facturación
 - o Recibir pagos directamente de mi proveedor de seguro
- Acepto pagar cualquier deducible, copago, servicios no cubiertos o rechazados y saldos pendientes. Me comprometo a comunicarme con la oficina si necesito asistencia financiera o establecer un plan de pagos.

Autorizo el tratamiento quiropráctico para mi hijo menor:

Nombre del menor: _____

Firmas:

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Firma del padre/madre o tutor: _____ **Fecha:** _____ (si el paciente es menor de 18)

Nombre del testigo: _____ **Fecha:** _____

© Tri Modern Health - Toda la información es estrictamente confidencial.