

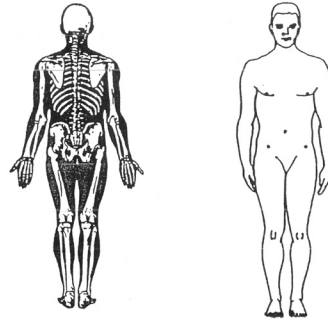
Info santé pour enfants

Nom de l'enfant : _____ Date : _____
Nom père ou mère : _____ Résidence: _____ Travail : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : M : F : Taille : _____ Poids : _____

Si vous venez faire vérifier sa colonne à titre préventif, afin de savoir s'il y a présence de subluxations vertébrales, et que votre enfant ne souffre d'aucun malaise apparent, continuez à l'astérisque(*).

Quel est le principal motif de cette consultation?

Encerclez les zones douloureuses de son corps



Depuis combien de temps a-t-il (elle) des problèmes de santé? _____

Est-ce la première fois? _____

Est-ce le résultat d'un accident? Oui Non Si oui, de quel genre? _____

Quand est-ce arrivé? _____

Le mal va-t-il en progressant? Oui Non Est-il ... Intermittent Constant

Cela affecte-t-il... Son rendement scolaire Son sommeil Son jeu Autre _____

Quelles activités aggravent son état : _____

Selon vous, quelle est la cause de cet état? _____

Autres problèmes de santé : _____

* A-t-il (elle) déjà eu des soins chiropratiques? Oui Non Si oui, quand? _____

Maladies déjà contractées : _____

Interventions chirurgicales (précisez l'année) : _____

Médicament : Calmant Antidouleur Laxatif Antibiotiques Broncho-dilatateur Ritalin

Autres (précisez) _____

Nom du médecin traitant : _____ Autre(s) thérapeute(S) : _____

Est ce qu'il y a eu des complications durant la grossesse? Oui Non

Si oui, précifiez : _____

Accouchement : Durée : _____ Ventouses : Forceps : Césarienne :

APGAR _____

Considérez-vous le système immunitaire de votre enfant faible fort

A-t-il (elle) une bonne coordination pour son âge? Oui Non

A-t-il (elle) une bonne concentration? Oui Non A-t-il (elle) une bonne posture? Oui Non

A-t-il (elle) déjà subi d'autres accidents (chutes, coups, etc.)? Oui Non Si oui, précifiez : _____

Votre enfant a-t-il été vacciné? Oui Non Réactions : _____

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et complets.

Je reconnais que les services professionnels reçus me seront facturés directement et que je serai personnellement responsable de leur paiement à chaque visite.

AUTORISATION POUR TRAITEMENT D'UN ENFANT MINEUR

J'autorise cette clinique et ses docteurs à administrer les soins nécessaires à mon enfant

Signature : _____ Témoin : _____ Date : _____