

# FICHER PERSONNEL ENFANT

DATE : \_\_\_\_\_

# : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

☑ résidence : \_\_\_\_\_ ☑ parents au travail : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Responsable des paiements : \_\_\_\_\_

Référée au bureau par : \_\_\_\_\_

Raisons de la consultation : \_\_\_\_\_

Quand et comment ce malaise a-t-il débuté? \_\_\_\_\_

Fréquence du malaise : \_\_\_\_\_

A-t-il été traité pour cette condition?  OUI  NON Si oui, quand? \_\_\_\_\_ par qui? \_\_\_\_\_

Décrivez la santé de votre enfant depuis sa naissance :  
(Rhume, otite, respiration difficile, agité(e), etc. Excellence, etc.) \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments?  OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Combien de frère(s) et de soeur(s)? \_\_\_\_\_ et leur(s) santé? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà subi une opération?  OUI  NON

Si oui, précisez (même si mineure) : \_\_\_\_\_

Vous rappelez-vous de chutes ou de traumatismes physiques importants depuis sa naissance?  OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Ce problème est-il relié à votre connaissance à un accident  OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Décrivez la naissance de votre enfant : (Césarienne, forceps, provoquée, long, court, facile, etc)

Nom de son médecin : Dr. \_\_\_\_\_

A-t-il déjà consulté un chiropraticien avant? Si oui, qui? \_\_\_\_\_ quand? \_\_\_\_\_

Consentement au traitement d'un mineur :

J'autorise le chiropraticien, à examiner mon enfant, à me donner le compte-rendu de l'examen et à lui prodiguer des soins chiropratiques s'il en a besoin. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou responsable

\_\_\_\_\_  
Date