



FAMIGLIA CHIROPRACTICA

DATI PERSONALI

MODULI PER BAMBINI

(da compilare in STAMPATELLO)

| | | |
|---|--------------------------------|-------------|
| Cognome: | Nome: | |
| Data di nascita: | Codice Fiscale: | |
| Nomi dei genitori: | | |
| Stato civile dei genitori: <input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Divorziata/o | | |
| Telefono: | - Cell. di un genitore: | |
| Indirizzo: | | |
| Città: | PROV: | CAP: |
| Indirizzo e-mail di un genitore: | | |
| Come ha conosciuto il nostro studio? | | |
| Suo/a figlio/a ha mai ricevuto cure chiropratiche? Se si quando? | | |

PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento a cui sono destinati i dati, e di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati personali e dati sensibili.

Firma leggibile _____ **Data** _____

IL/La sottoscritto/a, quale esercente la potestà genitoriale sul minore _____
 presta/ non presta il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto espresso nell'informativa;

Firma leggibile _____ **Data** _____

IL/La sottoscritto/a, presta/non presta il consenso per il trattamento e la comunicazione dei dati necessari allo svolgimento di quanto espresso nell'informativa;

Firma leggibile _____ **Data** _____

Per favore indichi le ragioni per cui vorrebbe che suo/a figlio/a ricevesse cure chiropratiche:

- ___ Ho fatto il checkup della mia colonna vertebrale e vedo l'importanza che anche mio/a figlio/a lo faccia
- ___ Sono preoccupato per il suo benessere e sto cercando una cura naturale
- ___ Desidero che il sistema immunitario di mio/a figlio/a migliori
- ___ Non so perché sono qui; per favore mi spieghi come la chiropratica potrebbe aiutare mio/a figlio/a
- ___ Ha problemi specifici che mi preoccupano

Scriva condizioni o sintomi:

Scriva qualsiasi diagnosi hanno dato a suo/a figlio/a e che noi dovremmo conoscere:

Dosi di antibiotici che suo/a figlio/a ha preso:

Negli ultimi sei mesi: _____

Durante tutta la vita: _____

Motivi: _____

Dosi di altri medicinali che suo/a figlio/a ha preso:

Negli ultimi sei mesi: _____

Durante tutta la vita: _____

Motivi: _____

Informazioni pre-parto:

Bambino adottato: SI NO

Complicazioni durante la gravidanza? SI NO -Motivi: _____

Ultrasuoni durante la gravidanza? SI NO - Numero: _____

Medicine/caffè/fumo/alcol durante la gravidanza? SI NO

Parto:

Nascita indotta Altre medicine Parto cesareo

Al bambino sono state fatte medicazioni dopo la nascita

Complicazioni durante il parto? SI NO - Quali?_____

Malattie genetiche o disabilità? – Quali?_____

Allattamento? SI NO - Per quanto tempo?_____

Latte artificiale? SI NO - Per quanto tempo?_____

Intolleranze alimentari o altre allergie? SI NO - Quali?_____

Circa il 50% dei bambini cade battendo la testa durante il primo anno di vita (es. dal letto, dal fasciatoio, dalle scale...); è stato il caso di suo/a figlio/a? SI NO_____

Suo/a figlio/a ha subito qualche botta o trauma praticando sport? SI NO

- Quali?_____

Suo/a figlio/a è mai stato/a al pronto soccorso? SI NO

- Motivi:_____

Interventi chirurgici? SI NO - Quali?_____