



## **Queridos Padres:**

En nuestra oficina de Healing Hearts Pediatrics la salud y bienestar de sus hijos es de vital importancia para nosotros. Es por eso que para poder proveer el mejor servicio a nuestros pacientes, nosotros nos esforzamos por mantener las citas para pacientes enfermos y citas para vacunas en horarios convenientes para los padres de nuestros pacientes. Dentro de nuestros horarios tratamos de mantener algunas citas abiertas para aquellos pacientes que necesitan ser atendidos en el mismo día, ya sea por enfermedad o emergencia, para que de esta manera nuestros pacientes no tengan que ser referidos a la Sala de Emergencia o al centro médico de urgencias.

La razón por la cual usted está recibiendo esta carta es porque su niño(a) ha tenido una o más visitas a las cuales no ha asistido o llamado para cancelar. Es muy importante, especialmente para los niños pequeños, que su crecimiento y salud sean monitoreados todo el tiempo y que todas sus vacunas estén al día.

Para poderle servir eficazmente a nuestros pacientes, es muy importante que si usted no va a poder asistir a su cita haga el favor de comunicarse con nosotros por lo menos 24 horas de anticipación. Si la cita fue hecha para el mismo día, por favor de cancelar inmediatamente usted sepa que no va a poder cumplir con su cita y antes de la hora de la misma. Nosotros entendemos que “asuntos de última hora” pueden presentarse, pero cuando usted no se presenta o llama a cancelar su cita nos está privando de poder usar este espacio para otros pacientes enfermos que necesitan ser vistos el mismo día. Por tanto, le estamos informando que en el futuro nos veremos en la penosa obligación de cobrar por su visita cuando no recibamos noticia de cancelación; y, si el problema continúa nos veremos en la obligación de perderlo como uno de nuestros pacientes.

Si usted tiene alguna pregunta o problemas para cumplir sus citas, por favor sientase libre comunicarse con nuestros doctores a cualquier momento.

Dr. Elizabeth Homans McKenna

Dr. Nilam Patel Khurana

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>				
NOMBRE (apellido, Primer nombre, Inicial del Segundo nombre)		SSN#	Fecha de Nacimiento	Sexo
DIRECCION		CIUDAD, ESTADO, APARTADO POSTAL		
# TELEFONO CASA	#ADICIONAL O CELULAR	El paciente tiene familia en esta oficina? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre de Los Hermanos:	
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO	FUMADOR(Si Aplica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>INFORMACION DEL PADRE (PADRE Y/O GUARDIAN DEL PACIENTE QUE VIVE CON USTED)</b>				
NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		SSN#	Fecha de Nacimiento	Sexo
DIRECCION		CIUDAD, ESTADO, APARTADO POSTAL		
#TELEFONO CASA	#ADICIONAL O CELULAR	DIRECCION ELECTRONICA	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO	
EMPLEADOR	NUMERO TELEFONICO DEL TRABAJO		RELACION CON EL PACIENTE	
<b>INFORMACION DE LA MADRE</b>				
NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo apellido)		SSN#	Fecha de Nacimiento	Sexo
DIRECCION		CIUDAD, ESTADO, APARTADO POSTAL		
#TELEFONO CASA	#ADICIONAL O CELULAR	DIRECCION ELECTRONICA	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO	
EMPLEADOR	NUMERO TELEFONICO DEL TRABAJO		RELACION CON EL PACIENTE	
<b>SEGURO MEDICO</b>				
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		NUMERO DE LA POLIZA	NUMERO DEL GRUPO	
NOMBRE DEL DUEÑO DEL SEGURO		RELACION DEL ASEGURADO CON EL PACIENTE		
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	SEXO	EMPLEADOR		
SU PORCION DE PAGO	DEDUCIBLE(Si aplica)	NUERO S.S. DEL ASEGURADO		
<b>SEGUNDO SEGURO MEDICO</b>				
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO		NUMERO DE LA POLIZA	NUMERO DEL GRUPO	
NOMBRE DEL DUEÑO DE LA POLIZA		PARENTESCO DEL ASEGURADO CON EL PACIENTE		
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	SEXO	EMPLEADOR DEL ASEGURADO		
SU PORCION DE PAGO	DEDUCIBLE (Si aplica)	FECHA DE INICIACION DEL CUBRIMIENTO		

## OTRA INFORMACION

### LANGUAGE

- Ingles
- Español
- Otro \_\_\_\_\_

### COMO SE ENTERO DE LA EXISTENCIA DE NUESTRA OFICINA

- Amigo
- Doctor,Nombre
- Directorio Telefonico
- Periodico, Nombre

Yo aseguro y estoy de acuerdo que toda la informacion anterior es correcta:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del Padre o responsable del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **POLIZA DE FINANCIAMIENTO**

Gracias por elegir **Healing Hearts Pediatrics P.L.C** para el cuidado médico de sus hijos. Estamos confiados en que proporcionaremos una buena asistencia médica y de calidad para sus niños. Para evitar malos entendidos, nuestra oficina ha adoptado la siguiente política financiera. Requerimos que usted la lea y este de acuerdo a obedecerla antes de empezar el tratamiento.

### **Seguro**

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No podemos mandar la cuenta eficientemente a su compañía de seguros a menos que usted nos provea la información actual y válida del seguro. Archivaremos demandas a esos planes con los cuales tengamos un acuerdo contractual. Como cortesía, archivaremos demandas a esos planes con los cuales no tenemos un acuerdo contractual como no asignado y la compañía de seguros le enviará el pago directamente a usted, por lo tanto el pago total se esperara al terminar la consulta.

Todos los planes de salud no son iguales y no cubren siempre lo mismos servicios o instalaciones. En caso que su plan de salud determine que no cubre los servicios prestados usted sera encargado de responder por la cuenta. Esta oficina no es responsable de disputar las decisiones tomadas por su compañía de seguros con respecto a cobertura.

El pago para de los servicios prestados es esperado el dia 1 del mes despues de que haya recibido su cuenta.

Esperamos que usted se familiarice con las ventajas y limitaciones de su póliza de seguro incluyendo: la cantidad deducible y del co-pago así como laboratorios, instalaciones de la radiología, y hospitales aprobados por su plan. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina cuando su compañía de seguros o servicios cambien. Cualquier costo causado a esta oficina que se demuestre que haya sido por error suyo porque nos proporcione la informacion incorrecta sera cargado a su cuenta..

Si usted tiene cobertura de seguro con un plan en el cual, Healing Hearts Pediatrics no participa o usted no tiene actualmente ningún seguro médico, los cargos de cuidado y tratamiento de los niños son pagaderos a la hora del servicio, a menos que arreglos financieros anteriores hayan sido programados llamando a nuestra oficina al 480-821-1400 y hablando con Janet Forrest nuestra Supervisora.

### **Pacientes que No Tienen Seguro Medico**

Si usted no tiene Seguro Medico Healing Hearts Pediatrics a implementado una escala de pago, para aquellos pacientes que esten en necesidad de ver al doctor inmediatamente y no tengan seguro medico. Cabe aclarar que este servicio sera unica y exclusivamente para servicios a pacientes enfermos de ninguna manera se aplica a visitas anuales o chequeos generales. Este servicio esta basado en cuantas personas conforman la familia y de acuerdo al salario anual de los Padres del paciente. El formulario se podra pedir en cualquier momento, pero tendra que llenarse antes de su cita.

### **Deducibles/Copagos/Pagos**

Nuestros contratos de seguro nos requieren recoger cantidades y co-pagos deducibles a la hora del servicio. Estas cantidades serán colectadas antes del servicio prestado. Para su conveniencia aceptamos VISA, MasterCard, cheques y efectivo. Si su cheque es devuelto por no tener fondos suficientes, le será cargado el costo del servicio que nuestra oficina tengamos con nuestro banco.

### **Citas**

Nuestra meta es proporcionar el mejor cuidado a nuestros pacientes y administrar la mayor disponibilidad posible de nuestros médicos. Es uno de nuestros requerimientos solicitarle llamar y cancelar su cita por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Comuníquese por con nuestra oficina inmediatamente usted crea que necesita cambiar o cancelar su cita.

### **Los pacientes menores de edad**

Para todos los servicios prestados a los pacientes menores de edad , el padre y/o el responsable del paciente serán responsables del pago.

### **Información**

Certifico que la información que he dado anteriormente es correcta y también que cualquier cambio a la información de la inscripción será comunicada a Healing Hearts Pediatrics P.L.C. según lo requerido para satisfacer la obligación médica y financiera por los servicios rendidos.

### **Autorización**

Solicito y consiento que mis expedients medicos y los expedients que no esten escritos sean enviados a cualquier doctor al que sea referido, medicos y/o hospitals donde sea enviado por la oficina de Healing Hearts Pediatrics y a mi compañía de seguros o agentes de la misma que deban autorizar algun tratamiento. Entiendo muy bien que mis expedientes médicos pueden contener información privada y doy autorizacion por este medio de divulgar toda la información relacionada con VIH, enfermedades contagiosas, información acerca de drogas o abuso de alcohol, informacion acerca de la salud mental y/o cualquier diagnostico.

Autorizo por este medio el pago directo al médico que atiende cualquier circunstancia medica o de cirugia , si cualquiera del portador de seguro a Healing Hearts Pediatrics. Y si el pago es en efectivo, soy responsable de pagar a la hora de servicio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor impresión)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre o del guardia

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Reconocimiento del aviso de la practica privada Y  
Conocimiento del Recibo de los derechos y Responsabilidades del  
Paciente**

Me han presentado una copia del aviso de la practica privada donde se me explica detalladamente como esta oficina puede utilizar o divulgar la informacion privada de la salud si fuera necesario como lo requiere la ley federal y del estado.

He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente **Forma para reportar cualquier inconformidad** por la oficina de Healing Hearts Pediatrics, P.L.C. y entiendo el proceso para reportar incidentes. Tambien entiendo que la copia que me presentaron es para leerla y estudiarla mientras que permanesco en esta oficina y, si asi lo requiero, se me entregara una copia de Los Derechos y Responsabilidades del Paciente y forma para reportar incidentes.

---

Nombre Paciente Impreso

---

Nombre impreso del padre o del guarda

---

Fecha



En caso de ausencia autorizo a las siguientes personas a tomar cualquier decisión necesaria para la Buena salud de mi hijo(a).

Nombre	Relacion con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guandian(Letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**INFORMACION DEL PACIENTE**  
**(480) 423-2088**

A Nuestros pacientes:

Como parte de nuestro esfuerzo en proveer a nuestros pacientes el mayor cuidado posible, hemos creado un nuevo servicio. Este servicio le ayudara a obtener informacion rapida y eficaz tales como, resultados de laboratorio, instrucciones de su doctor, y referencias; llamando a la linea privada para nuestros pacientes.

Hemos implementado nuevas tecnologias que nos ayudaran a ser mas eficazes al entregarle esta informacion. Le daremos mas informacion acerca de este sericcio, que resulta facil de usar durante su visita.

Es muy importante que nos notifique cualquier cambio en su numero telefonico,direccion o seguro social. Si no tenemos su informacion correcta, no podremos contactarle.

Al final de su mensaje usted tendra tres opciones:

Marque el 1 para repetir el mensaje,

Marque el 2 para borrar el mensaje,

Y marque el 3 para guardar el mensaje.

Su mensaje sera guardado por un tiempo maximo de 48 horas desde el momento en que lo escuche. Al cumplirse las 48 horas, el mensaje sera borrado automaticamente de nuestro sistema.

Si tuviera alguna pregunta o preocupacion, por favor comuniquese con nosotros al 480-821-1400.

**REQUIERE SOLAMENTE 5 PASOS**

**PASO 1**

Usando un telefono de “botones”(o sea un telefono en el que se escuchen tonos cuando marca)

lla al numero:

**480-423-2088**

**Paso 2**

Se le pedira que escoja Ingles o Espanol. Marque el “2” para Espanol

**Paso 3**

Marque su numero de identificacion.

**ID#** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Paso 4**

Escuche cuidadosamente su mensaje.

**Por favor, escuche el mensaje complete.**

**Paso 5**

Despues de escuchar el mensaje, lo puede repetir marcando el “1”, o lo puede borrar marcando el “2”.

**Ahora puede colgar el telefono.**



## HISTORIAL DEL PACIENTE INFANCIA, NIÑEZ, ADOLESCENCIA,

NOMBRE (apellido, Primer nombre, Inicial del Segundo nombre)			Fecha de Nacimiento
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO

## HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

### DURANTE SU EMBARAZO:

Tuvo cuidado prenatal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Primera vez que vio a su Doctor?	_____ Mes	
Cuanto tiempo duro su embarazo?	_____ Meses _____ Semanas	
Como lo tuvo:	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesarea
Fue un parto difisil/algun problema?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nacio este niño con forsas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tuvo mas de un bebe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Resultados del Ultrasonido	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Peso al nacer	_____ lbs	_____ oz
Largo	_____ in	_____ cm
Puntos Apgar	_____ 1 min	_____ 5 min
Necesito oxigeno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Estuvo en Encubadora?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nacio Amarillo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fototerapia requerida al nacer (tratamiento con luces)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Algún defecto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Le tomaron al bebe todas las pruebas de recién nacido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Medicamentos requeridos al nacimiento del bebe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuantos dias estuvo en la salacuna?	_____ days	
Circuncision	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Su bebe respiro/lloro inmediatamente al nacer?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Su bebe tuvo problemas de RH?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Recibio su bebe sangre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Tipo de sangre de la Madre	Tipo de Sangre del bebe	Combinacion: _____	
Al nacimiento, su bebe aparecio normal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Le realizaron un examen auditivo? Si si, cual fue el resultado: normal, o negativo en alguno de sus oidos: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Otra Informacion:			
<b>Enfermedades o complicaciones de la Madre del Paciente</b>			
Cirugia durante el embarazo? Si, Por favor explique:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Diabetes o azucar en la orina?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tiene presion alta u otro problema cardiaco y Si tiene presion alta, fue ocasionada por el embarazo o antes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Problemas con el riñon o de orina? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tiene albumina o proteina en la orina?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tomo algun medicamento? Por favor escribalo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fumo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ingirio bebidas alcoholicas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Uso algun tipo de drogas Por favor escibalo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alguna otro informacion que debemos saber:			
<b>INFECCIONES DE LA MADRE DEL PACIENTE</b>			
<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sifilis	<input type="checkbox"/> Chlamydia	<input type="checkbox"/> Parvovirus
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV)		<input type="checkbox"/> B Strep GBS)	<input type="checkbox"/> Rubiola
		Otras: _____	
<b>Historial del bebe durante su primer año 0-1 año</b>			
Amamanto a su bebe?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Por cuanto tiempo?	_____ Mes(s)		
Dio leche de tarro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Por cuanto tiempo?	_____ Me(s)		
Tuvo algun problema, expliquelo:			
A que edad deajo de amamantar a su bebe:	_____ Edad del Niño		
Leche entera?:	_____ Edad del Niño		
Problemas o alergias con la leche entera? Por favor explique:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
A que edad empezo a comer:	_____ Edad del Niño		
Problemas o alergias con las comidas? Por favor explique:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

A presentado sangrado excesivo alguna vez? Por favor explique:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

### IMPORTANTE INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

ENFERMEDADES SERIAS/ACCIDENTES OPERACIONES/HOSPITALIZACIONES	COMPLICACIONES O GRAVEDADES	EDAD DEL NIÑO
1		
2		
3		
ENFERMEDADES CRONICAS (e.g.Alergias, Asma, persistente infeccion de oido)	COMPLICACIONES O GRAVEDADES	EDAD DEL NIÑO
1		
2		

REACCIONES ALERGICAS : MEDICINAS, COMIDAS, ETC.

1	
2	

### VACUNAS DEL PACIENTE

Esta al dia con las vacunas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SE
Tiene tarjeta de vacunas? Si la tiene por favor proveanos una copia para nuestro archivo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### DESARROLLO SOCIAL DEL PACIENTE

Paciente vive con:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Madre de crianza	<input type="checkbox"/> Padre de crianza
	<input type="checkbox"/> Madre adoptiva	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo
	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Padrastro
	<input type="checkbox"/> Abuelita	<input type="checkbox"/> Abuelito
Quien permanece mas tiempo con el niño?	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Abuelitos
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Niñera
	<input type="checkbox"/> Salacuna	
Es este niño mayor, menor o del medio	<input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Medio	
El bebe se sento a los _____ edad	El bebe gatio a los _____ edad	
El bebe camino a los _____ edad	El bebe empezo a hablar a los _____ edad	
Alguna persona en su casa fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cual es la edad de su casa?		
Que tipo de agua tiene en su casa?	<input type="checkbox"/> agua de pozo	<input type="checkbox"/> cloror
	<input type="checkbox"/> agua de llave	<input type="checkbox"/> Fluoruro
Ha sido tratada el agua para saber si contiene plomo?	<input type="checkbox"/> Plomo	<input type="checkbox"/> No tratada
	<input type="checkbox"/> Plomo removido	<input type="checkbox"/> Casa nueva,no riesgo
Cuantas horas a la semana participa o hace ejercicios el niño?		

Cuántas horas a la semana mira televisión o juegos electrónicos el niño?			
Usa casco de protección cuando monta bicicleta o patineta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Restricciones cuando viaja en el carro	<input type="checkbox"/> Cinturón <input type="checkbox"/> Silla <input type="checkbox"/> Nada		
Detector de monóxido de Carbono. Si 'no' tiene usted calentador de gas en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tiene en su casa algún tipo de armas?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Detectores de Humo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Tratado		
Alguna clase de mascota en casa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, por favor escriba que clase:		
<b>HISTORIA FAMILIAR</b>			
Edad de la Mama _____	Edad del Papa _____	Paciente Adoptado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Alguna persona de la familia a tenido o ha sido tratado por:</b>			
Allergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedades en la sangre/Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Retrazo mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cholesterol Elevado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alta presión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis (T.B.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mongolismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor explique cualquiera de las respuestas con <b>Si</b> y quien ha tenido la enfermedad:			
Alguna otra enfermedad crónica?			

## PROBLEMAS O PREOCUPACIONES

Tiene su niño o niña alguno de los problemas listados abajo? Por favor marquelos con una "X"

<input type="checkbox"/> Come muy poquito	<input type="checkbox"/> No habla claro
<input type="checkbox"/> Lloro mucho	<input type="checkbox"/> Responde siempre al sonido o cuando le hablan
<input type="checkbox"/> No duerme	<input type="checkbox"/> Se ve muy pequeño para su edad
<input type="checkbox"/> Problemas en la escuela	<input type="checkbox"/> Sufre de gripa o tos frecuentes
<input type="checkbox"/> Come mucho	<input type="checkbox"/> Ve muy poco
<input type="checkbox"/> Tiene cambios de temperamento frecuentes	<input type="checkbox"/> Moja la cama
<input type="checkbox"/> Sufre de estreñimiento	<input type="checkbox"/> Tiene como trasportarse cuando va el doctor.
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	
<input type="checkbox"/> Tiene algun otro problema Por favor explíquelo: _____ _____ _____	

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guandian(Letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### QUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS

Por favor responda el siguiente cuestionario:

<b>SI</b>	<b>NO</b>	
_____	_____	1. Alguna persona en su familia a tenido tuberculosis (TB) o a sido diagnosticado positive en el test de TB
_____	_____	2. Alguna persona en su familia nacida o proveniente de <u>America Latina, Asia, Africa, o del Medio Oriente</u>
_____	_____	3. Usted o su nino a viajado a America Latina Asia, <u>Africa o alguna parte del Medio Oriente?</u>
_____	_____	4. Alguna persona en casa que tenga contacto con <u>Pacientes que tengon TB?</u>
_____	_____	5. Alguna persona en casa tiene contacto con alguien <u>que este infectado con AIDS (o HIV positive)?</u>