

Fecha: _____ Acct #: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Questionario de Evaluación

¿Su hijo(a) tiene un miembro de la familia o amigo(a) que tenga o haya tenido envenenamiento de plomo?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) vive o visita regularmente una casa o un centro de cuidado infantil construida antes de 1978, que está siendo o ha sido renovado en los últimos 6 meses?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) vive o visita regularmente una casa o un centro de cuidado infantil contruida antes de 1950?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) mastica o come alimentos que no es comida, como pintura o tierra?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) nació en un país con alto riesgo de tuberculosis?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) a viajado por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis?	Sí	No	No sé
¿Algún miembro de la familia o amigo(a) ha estado en contacto con alguien que ha tenido tuberculosis o una prueba de la tuberculina positiva?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) esta infectado con el VIH, o alguna condición que disminuten el sistema inmunológico?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) ha sido expuesto a cualquier persona que está en la cárcel, tiene el VIH, está sin hogar o usa drogas ilegales?	Sí	No	No sé
¿Algun médico ha ordenado una prueba del corazón para su hijo?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) dice que tiene dolor o presión en su pecho durante el ejercicio?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) ha tenido falta de respiración, or fatiga extrema, durante el ejercicio (diferente comparado ha otros niños)?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) se ha desmayado antes or después del ejercico, emoción or susto?	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) ha tendio un miembro de la familia que tuvo una muerte inesperado e inexplicable antes de los 50 años? (incluyendo SIDS, accidente de coche, ahogamiento) or ahogamiento inminente? Si sí, que fue? _____	Sí	No	No sé
¿Su hijo(a) tiene padres o abuelos que han tenido un accidente cerebrovascular o problemas del corazón antes de los 55 años?	Sí	No	No sé
¿Su hjo(a) tiene un padre con colesterol elevado (240 mg/dL o mas) o que está tomando un medicamento para el colesterol elevado?	Sí	No	No sé
¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hjo(a)?	Sí	No	No sé
¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo(a)?	Sí	No	No sé
¿Tiene alguna preocupación sobre la forma que habla su hijo(a)?	Sí	No	No sé

Questionario de Evaluación Médica Solamente para Adolescentes

¿Usted alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Sí	No
¿Usted alguna vez ha usado algún tipo de drogas ilegales o alcohol?	Sí	No
¿Usted alguna vez has estado en un carro en donde alguien ha estado usando drogas o alcohol?	Sí	No
¿Usas el cinturón de seguridad todo el tiempo?	Sí	No
¿Usted alguna vez has fumado cigarrillos?	Sí	No