



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA**  
**Formulario de inscripción y consentimiento para los Centros de Salud en las Escuelas**  
**La inscripción es OPCIONAL**

**2025-26**

**Información del estudiante**

Apellido del estudiante (legal):		Número de estudiante:	
Primer nombre del estudiante (legal):		Segundo nombre del estudiante (completo):	
Sexo:	Fecha de nacimiento (mes/día/año): / /		
Dirección de la casa:	Ciudad:	Código postal:	
Grado:	Nombre de la escuela que asiste:		

**Padre/madre/tutor**

Apellido del padre/madre/tutor (legal):		Primer nombre (legal):	
Segundo nombre (completo):		Fecha de nacimiento (mes/día/año): / /	
Padre/madre/tutor legal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el estudiante:	
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número?  Sí  No

**Centros de Salud en las Escuelas**

Los Centros de Salud en las Escuelas (siglas en inglés SBHC) están disponibles en escuelas seleccionadas y ofrecen sus servicios para todos los estudiantes. Proporcionan servicios de diagnóstico, tratamiento y prescripción para diversas enfermedades que pueden mantener a los niños fuera del salón. Además, los centros de salud SBHC ofrecen exámenes físicos escolares, vacunas y atención conductual y psiquiátrica. Algunos servicios pueden ofrecerse a través de consultas virtuales, pero no hay atención de emergencia disponible.

Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da su consentimiento a lo siguiente:

- Autorizo** al personal de las Escuelas Públicas de Omaha a compartir la siguiente información de mi estudiante con OneWorld Community Health Center y Charles Drew Health Center (SBHCs) si se proporcionan servicios: información de contacto de la familia y del contacto de emergencia, número de estudiante estatal, registros de asistencia, registros disciplinarios, horario de clases, historial de inmunización, resultados de exámenes de salud, evaluaciones psicológicas, registros de educación especial (IEP, MDT), planes de adaptación de la Sección 504 e información sobre condiciones de salud (por ejemplo, asma, alergias, diabetes, convulsiones).

**Exámenes de salud**

En cumplimiento con las regulaciones estatales de Nebraska, los estudiantes de educación a temprana edad, kínder, 1º, 2º, 3º, 4º, 7º y 10º grado reciben exámenes gratuitos de audición, visión, salud dental, estatura y peso. Estas revisiones pueden realizarse en colaboración con socios comunitarios.

Los estudiantes de 5º, 6º, 8º, 9º, 11º y 12º grado, para quienes los exámenes no son obligatorios por el estado, también pueden tener la oportunidad de recibir exámenes de la vista gratuitos por parte de Children's Nebraska u otros proveedores contratados.

Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da su consentimiento a lo siguiente:

- Autorizo** a que mi niño(a) reciba un examen de la vista de Children's Nebraska y/o de otros proveedores contratados. Además, permito que las Escuelas Públicas de Omaha compartan la siguiente información de mi estudiante para los servicios proporcionados y la evaluación del programa: información de contacto de la familia, número de estudiante estatal, horario de clases y resultados de los exámenes de salud.

Estos consentimientos no aplican para los estudiantes en los grados que están obligados por la ley estatal de Nebraska a recibir exámenes de salud.

Esta autorización expira cuando el niño dejó OPS o se graduó. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al entregar una carta para las Escuelas Públicas de Omaha, Servicios de Información Estudiantil, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131-2024 o al marcar la casilla para revocar abajo.

<b>Centros de salud</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	Autorizo a OPS a divulgar información como se describe anteriormente.
<b>Servicios de visión</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	Autorizo a mi hijo a recibir servicios de la vista a través de Children's y/u otros proveedores de servicios contratados como se describe anteriormente. Además, autorizo a OPS a divulgar información como se describe anteriormente.

Firma del Padre/Tutor	Relación con el niño	Fecha

*Las Escuelas Públicas de Omaha no discrimina por motivos de raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo (incluyendo el embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus de ciudadanía, condición de veterano, afiliación política o condición económica en sus programas, actividades y empleo y se proporciona un acceso equitativo a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles. La siguiente persona ha sido designada para aceptar las alegaciones en relación con las políticas de no discriminación: el superintendente de escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). La siguiente persona ha sido designada para manejar las preguntas con respecto a las políticas de no discriminación: el director de la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St, Omaha, NE 68131 (531-299-0307).*

Para el Uso De La Oficina Solamente      Verified      Programs      Sections      Initials

# SERVICIOS DE SALUD CON BASE EN LA ESCUELA (SBHS) FORMULARIOS DE REGISTRO DE PACIENTE, CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO E HISTORIAL MÉDICO

Toda la información solicitada en este formulario es esencial para garantizar una atención de calidad al paciente, o lo exige la ley federal. Se mantendrá privado y confidencial como parte del historial médico del paciente.

## PARTE I: REGISTRO DE PACIENTE

### SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEMOGRAFÍA

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ ¿Se necesita intérprete?:      Sí      No

Indique cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza. Seleccione solo uno:

- |                                       |                    |                       |   |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| Indio Americano o<br>Nativo de Alaska | Indio Asiático     | Negra o Afroamericana | Chino   |
| Filipino                              | Guameño o Chamorro | Japonés               | Coreano   |
| Nativo Hawaiano                       | Samoano            | Vietnamita            | Otro Asiático   |
| Otra Isla del Pacífico                | Blanco             | Más de una raza       | Desconocida, no está la opción<br>o prefiere no responder |

Por favor, marque el que describe mejor su etnicidad. Seleccione sólo uno:

- |                |   |                |  |
|----------------|---|----------------|--|
| Chicano/a      | Cubano/a                                      | Mexicano/a     | Mexicano Americano/a                   |
| Puerto Riqueño | No Hispano, Latino/a, No<br>de Origen Hispano | Otro Hispano/a | Sin reportar, Prefiere no<br>responder |

Indique cuál de las siguientes opciones describe mejor su cobertura de seguro médico: Seleccione solo uno:

- |          |          |  |                        |
|----------|----------|--|------------------------|
| Medicaid | Medicare | Privado o comercial (incluso a través del Mercado) | No tengo seguro médico |
|----------|----------|--|------------------------|

## SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR DEL PACIENTE

Por favor indique el tamaño de su familia y la aproximación de ingresos anuales (debe de estar en la misma línea).

Tamaño de familia	Márgenes de Ingresos Anuales					
1	\$0-\$15,960	\$15,960.01-\$19,949.99	\$19,950-\$23,939.99	\$23,940-\$27,929.99	\$27,930-\$31,920	Over \$31,921
2	\$0-\$21,640	\$21,640.01-\$27,049.99	\$27,050-\$32,459.99	\$32,460-\$37,869.99	\$37,870-\$43,280	Over \$43,281
3	\$0-\$27,320	\$27,320.01-\$34,149.99	\$34,150-\$40,979.99	\$40,980-\$47,809.99	\$47,810-\$54,640	Over \$54,641
4	\$0-\$33,000	\$33,000.01-\$41,249.99	\$41,250-\$49,499.99	\$49,500-\$57,749.99	\$57,750-\$66,000	Over \$66,001
5	\$0-\$38,680	\$38,680.01-\$48,349.99	\$48,350-\$58,019.99	\$58,020-\$67,689.99	\$67,690-\$77,360	Over \$77,361
6	\$0-\$44,360	\$44,360.01-\$55,449.99	\$55,450-\$66,539.99	\$66,540-\$77,629.99	\$77,630-\$88,720	Over \$88,721
7	\$0-\$50,040	\$50,040.01-\$62,549.99	\$62,550-\$75,059.99	\$75,060-\$87,569.99	\$87,570-\$100,080	Over \$100,081
8	\$0-\$55,720	\$55,720.01-\$69,649.99	\$69,650-\$83,579.99	\$83,580-\$97,509.99	\$97,510-\$111,440	Over \$111,441

## SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Póliza/ Identificación de Inscripción: \_\_\_\_\_

Identificación de Grupo: \_\_\_\_\_ Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Charles Drew Health Center, Inc.? \_\_\_\_\_

## SECCIÓN V: INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO

*Debe coincidir con la tarjeta de seguro, si corresponde. Complete esta sección únicamente si el responsable es diferente al paciente.*

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Complete cualquiera o todos los métodos de contacto. Marque la casilla para el método de contacto preferido:

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje de voz?       Sí       No

Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje de voz?       Sí       No

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ ¿Se Necesita Intérprete?:       Sí       No

**Autorizo la divulgación de información sobre la continuación de la atención y/o cualquier pago por los servicios. Autorizo que una copia de este documento pueda ser utilizada como documento original. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARTE 2: CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

- 1. Autorización para Tratamiento Médico.** Por la presente reconozco, acepto y doy mi consentimiento para el diagnóstico, tratamiento, tratamiento de salud mental y tratamiento dental, según lo considere necesario Charles Drew Health Center, Inc. según lo indique apropiado mi proveedor tratante, sus asistentes y/o personas designadas. Esta Autorización incluye, pero no está limitada a procedimientos de diagnóstico de rutina, atención ambulatoria y hospitalaria, pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas o procedimientos. También autorizo que se entreguen copias de los registros médicos a otros médicos y centros de atención médica según lo considere necesario cualquier médico o proveedor bajo cuyo cuidado estoy. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han otorgado garantías como resultado del examen y tratamiento recibido en este Centro. Reconozco que mi cuidado está bajo la dirección de mi proveedor tratante y el centro de Charles Drew Health Center, Inc. seguiré las instrucciones de mi(s) proveedor(es) en el puesto de dicha atención.
- 2. Atención al Paciente.** Yo, el abajo firmante, acepto cumplir con mis responsabilidades de hacerme cargo de mi atención médica, trabajar con mi proveedor y mantener el cumplimiento del plan de atención designado por mis proveedores para mi salud y bienestar.
- 3. Objetos Personales de Valor.** Acepto total responsabilidad por todos los bienes que tengo en mi posesión. Entiendo que Charles Drew Health Center, Inc. no tiene ninguna responsabilidad por la propiedad personal que esté en mi posesión.
- 4. Duración y Alcance.** Para servicios en persona y de telemedicina, entiendo que este acuerdo será válido por un año (12 meses) a partir de la fecha que sea firmado, a menos que lo revoque antes. Estos acuerdos se aplicarán a cualquier cuidado proporcionado al paciente en cualquier ubicación de Charles Drew Health Center Inc. durante los períodos de tiempo mencionados anteriormente, a menos que el cuidado proporcionado requiera consentimientos adicionales por ley.
- 5. Empleo de Médicos y Personal.** Algunos proveedores de Charles Drew Health Center, Inc. pueden ser contratistas independientes que utilizan las instalaciones de Charles Drew Health Center, Inc. para brindar atención a sus pacientes ("Contratistas"). Como tal, estos diversos contratistas independientes pueden presentar facturas por los servicios profesionales que brindan por separado de la factura que puede presentar Charles Drew Health Center, Inc. Los contratistas son responsables de sus propias acciones y Charles Drew Health Center, Inc. no es responsable de sus acciones o falta de acción.
- 6. Cesión de Beneficios del Fondo.** Por la presente asigno todos los beneficios del seguro y/o beneficios de Medicare/Medicaid a Charles Drew Health Center, Inc. y autorizo el pago directo al centro. Este pago incluye todos los pagos por los cargos incurridos durante el tratamiento, visita y observación en todas las clínicas de Charles Drew Health Center, Inc. Acepto que soy responsable del aspecto financiero de mi atención médica y mantendré el cumplimiento de todos y cada uno de los planes de seguro, Medicare/Medicaid y cualquier detalle de pago por cuenta propia y/o tarifa variable. Una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.
- 7. Cesión de Beneficios Profesionales.** Por la presente asigno todos los beneficios del seguro y/o beneficios de Medicare/Medicaid a todos los médicos, terapeutas y/o profesionales médicos que me brindan servicios y autorizo el pago directo a los médicos y terapeutas. Acepto pagar todos y cada uno de los cargos no pagados de conformidad con esta cesión. Una fotocopia de esta cesión tendrá tanta validez como el original.
- 8. Representante Autorizado.** Por la presente autorizo a Charles Drew Health Center, Inc. y sus instalaciones, sus agentes y representantes a actuar en mi nombre para recuperar reclamos de beneficios, apelar determinaciones adversas de beneficios y tomar cualquier acción que se considere necesaria para obtener el pago de los servicios que me brindó dicha instalación(s).
- 9. Declaración de Responsabilidad.** Entiendo que soy financieramente responsable ante Charles Drew Health Center, Inc. como paciente, tutor y curador o asegurado por todos los cargos no cubiertos por las asignaciones o programas anteriores. Los cargos pueden incluir deducibles del seguro médico y gastos de bolsillo de coseguro.
- 10. Política del Programa de Descuento de Tarifa Móvil.** Charles Drew Health Center, Inc. tiene un programa de descuento de tarifas variables y puedo preguntar al respecto en cualquier momento. Existe un proceso de solicitud para una tarifa móvil y la elegibilidad se basa en el tamaño de la familia, los ingresos familiares y otras circunstancias especiales. Puedo solicitar una solicitud de tarifa variable en cualquier momento.
- 11. Auto Pagó.** Entiendo que puedo optar por que Charles Drew Health Center, Inc. no facture a mi seguro y/o al del paciente por un artículo o servicio de atención médica en particular proporcionado al paciente y, en su lugar, elegir pagar personalmente el costo total de ese artículo de atención médica o servicio. Para ejercer esta opción, debo notificar a Charles Drew Health Center, Inc. de manera oportuna, completar formularios adicionales y pagar todos los cargos aplicables de manera oportuna y en su totalidad.

**12. Autorización para Divulgar Información a la Compañía de Seguros/Tercera Parte Pagadora.** Por la presente autorizo a la(s) Institución(es), a cualquier proveedor de atención médica autorizado, incluyendo a la Administración de Veteranos o al hospital gubernamental, a cualquier compañía de seguros u otra persona, institución u organización a divulgar mis registros médicos a cualquier persona, corporación, compañía de compensación de trabajadores, agencia gubernamental (o representante de la misma) que sea o pueda ser, responsable bajo cualquier contrato o programa gubernamental a este Centro, al paciente o a un miembro de la familia por todo o parte del cargo del Centro(s). Entiendo que la información del servicio de telesalud (incluidas imágenes identificables u otra información médica) no se puede divulgar a investigadores ni a ninguna otra persona sin mi consentimiento por escrito. Este Centro se esforzará por proteger la confidencialidad de mis registros médicos. Sin embargo, el Centro no será responsable por la divulgación de dichos registros médicos o de cualquier parte de ellos cuando responda de buena fe a una divulgación aparentemente válida. Autorizo la divulgación de los registros pertinentes a las compañías farmacéuticas según sea necesario. También entiendo que tendré acceso a toda la información de salud resultante de los servicios en persona y de telesalud según lo dispuesto por la ley.

**13. Servicios de Medicare/Medicaid no Cubiertos.** Los programas Medicare y Medicaid tienen ciertos cargos que están excluidos de la cobertura, incluidos, entre otros: cirugía estética, cirugía dental no médicamente relacionada, estudios de diagnóstico de rutina, exámenes físicos de rutina y medicamentos orales. Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos si mi cuadro médico/dental indica cualquiera de los tratamientos o cuidados enumerados.

**14. Seguimiento Médico y Observación.** Algunas de las personas que participan en la atención al paciente pueden ser personal médico, de enfermería o de otro tipo de personal de atención médica en entrenamiento. Doy mi consentimiento para su participación. Otros miembros del personal que no son de Charles Drew Health Center Inc. pueden observar el cuidado del paciente. Se me informará de todas las personas presentes en cualquier centro durante las consultas presenciales o de telesalud. También se me informará si las consultas de telesalud se grabarán o no. Tengo el derecho de solicitar que cualquiera de estas personas no participe u observe el cuidado del paciente y esta solicitud no afectará el cuidado del paciente en Charles Drew Health Center Inc.

**15. Contacto por Teléfono.** Al proporcionar a Charles Drew Health Center, Inc. mi(s) número(s) de teléfono fijo y/o celular, doy mi consentimiento expreso para que Charles Drew Health Center, Inc., sus contratistas, agentes y agentes de cobranza se comuniquen conmigo a estos números, o en cualquier número que luego adquiera, y dejen mensajes en vivo o pregrabados o envíen mensajes de texto sobre cuentas o servicios. Entiendo que, para mayor eficiencia, las llamadas pueden realizarse mediante un marcador automático.

**16. Directivas Anticipadas para la Atención Sanitaria.** Entiendo que puedo indicar por escrito (directivas anticipadas, es decir, testamento en vida y poder notarial duradero) mi deseo de recibir, seleccionar y/o definir un tratamiento médico o quirúrgico o elegir no recibir tratamiento. Charles Drew Health Center, Inc. reconocerá dichas instrucciones de acuerdo con las leyes del estado de Nebraska y/o Iowa y las políticas del centro si ambas declaraciones de directivas anticipadas se proporcionan al centro para que se archive una copia con cualquier registro médico.

**17. Consentimiento para Consulta de Telesalud.** Entiendo que tengo la opción de programar consultas de telesalud y que puedo reunirme con mi proveedor mediante tecnología virtual segura. Me reservo el derecho a rechazar los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro y sin correr el riesgo de perder o retirar los beneficios del programa a los que tendría derecho. Si rechazo los servicios de telesalud, se me ofrecerá atención presencial como alternativa.

\_\_\_\_\_ Por favor ponga sus iniciales. Reconozco la notificación de Charles Drew Health Center, Inc. Derechos y Responsabilidades del paciente.

\_\_\_\_\_ Por favor ponga sus iniciales. Acepto la notificación de las Prácticas de Privacidad de Charles Drew Health Center, Inc.

**El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior y que todas las preguntas han sido respondidas. El firmante es el paciente, el tutor del paciente, el apoderado, el padre, o está debidamente autorizado por o en nombre del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.**

Firma del Paciente/Padre/Poder Notarial/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable (si no es la misma que la del paciente/padre): \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Testigo de la firma: \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar el consentimiento porque: \_\_\_\_\_

# PARTE 3: HISTORIA DE SALUD

## SECCIÓN I: HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

¿Su hijo tiene alergias? En caso afirmativo, ¿qué?	Sí	No	¿Ha llevado a su hijo al hospital recientemente? ¿Dónde? _____ ¿Fecha? _____	Sí	No
¿Su hijo está tomando medicamentos? En caso afirmativo, ¿cuáles?	Sí	No	¿Ha estado su hijo en clínicas o centros de atención de urgencia por algún problema de salud recientemente? ¿Dónde? _____ ¿Fecha? _____	Sí	No
¿Hubo algún problema con el embarazo o el nacimiento de su hijo? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron?	Sí	No	¿Su hijo tiene alguna enfermedad o condición médica grave (como asma, diabetes, anemia o infecciones)? En caso afirmativo, ¿cuáles son?	Sí	No
¿Alguna lesión o accidente grave? En caso afirmativo, ¿cuáles son?	Sí	No	¿Alguna vez su hijo pasó la noche en el hospital? ¿Dónde? _____ ¿Para qué? _____	Sí	No
			¿Su hijo alguna vez ha sido operado? ¿Dónde? _____ ¿Para qué? _____	Sí	No

### ¿Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido su hijo?

Asma	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Alergias	Sí	No	Desmayo o casi desmayarse	Sí	No
Problemas oculares	Sí	No	Lesión en la cabeza/conmoción cerebral	Sí	No
Infecciones de oído	Sí	No	Problemas inmunológicos (VIH, SIDA, etc.)	Sí	No
Problemas de audición	Sí	No	Mononucleosis	Sí	No
Tuberculosis ( <i>activa o LTBI</i> )	Sí	No	OH/abuso de drogas	Sí	No
Problemas del corazón	Sí	No	Torcedura/esguince/huesos rotos	Sí	No
Dolor o presión en el pecho	Sí	No	Cualquier prueba especial como radiografías, resonancias magnéticas.	Sí	No
Enfermedad hepática ( <i>hepatitis</i> )	Sí	No	Problemas de salud mental	Sí	No
Problemas gastrointestinales ( <i>GERDS, MSPI</i> )	Sí	No	Otros, por favor explique:		
Infecciones de orina	Sí	No			

## SECCIÓN II: INFORMACIÓN FAMILIAR

¿Quién vive actualmente en casa? Madre          Padre          Hermanos Otro: _____	¿Alguien más cuida de su hijo? <i>Ejemplo: guardería/cuidado después de la escuela</i>	Sí	No
	¿Alguien en la casa fuma?	Sí	No

### Historia Médica Familiar

Defectos de nacimiento	Sí	No	Enfermedad hepática ( <i>hepatitis</i> )	Sí	No
Discapacidad intelectual	Sí	No	Problemas renales	Sí	No
Síndrome de muerte súbita del lactante	Sí	No	Problemas gastrointestinales ( <i>ERGE, MSPI</i> )	Sí	No
Sordera	Sí	No	Anemia	Sí	No
Asma	Sí	No	Trastornos hemorrágicos	Sí	No
Alergias	Sí	No	Problemas inmunológicos ( <i>VIH, SIDA etc.</i> )	Sí	No

Tuberculosis ( <i>activa o infección latente de la tuberculosis</i> )	Sí	No	Epilepsia	Sí	No
Muerte súbita sin motivo o por un problema cardíaco	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Cardiopatía	Sí	No	Problemas de salud mental	Sí	No
Hipertensión	Sí	No	OH/abuso de drogas	Sí	No
Colesterol alto			Otros, por favor explique:		

**SECCIÓN III: PREGUNTAS GENERALES DE SALUD**

¿Tiene inquietudes sobre el desarrollo físico, mental y/o emocional de su hijo? En caso afirmativo, ¿cuáles son? _____	Sí	No
¿Tiene inquietudes sobre el desempeño escolar de su hijo? En caso afirmativo, ¿cuáles son? _____	Sí	No
¿Su hijo participa en clases/servicios de educación especial? En caso afirmativo, ¿cuáles son? _____	Sí	No
¿Le preocupa el estado de la salud de su hijo(a)? ¿Cuáles son sus preocupaciones adicionales? _____	Sí	No

**SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DE FARMACIA Y PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Proveedor de Atención Primaria: _____ Dirección: _____	¿Algún proveedor adicional que su hijo vea regularmente? Nombre del Proveedor: _____ Dirección: _____
Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____	Nombre del Proveedor: _____ Dirección: _____