

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Numero de Tel. (con codigo de area): casa: \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_  
 Direccion electronica (e-mail): \_\_\_\_\_  
 Pediatra: \_\_\_\_\_ Direccion/Tel: \_\_\_\_\_

## Chequeo de Sistemas

**Favor marcar si su hijo actualmente tiene algunos de los siguientes sintomas:**

		Yes	No
<b><u>General:</u></b>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Escalofrío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Ojos:</u></b>	Cambio en visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ojos rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rasquiña en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Oido/Naris/</u></b>			
<b><u>Garganta:</u></b>	Dolor de Oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Congestion Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problems de Audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Cardiovascular:</u></b>	Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corazon Acelerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Respiratorio:</u></b>	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Escasez de Aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Resuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ronquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inquietud Durmiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Neurologico:</u></b>	Problemas Rspirando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Gastrointestinal:</u></b>	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Extreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Genitourinario:</u></b>	Acidez gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Musculoesquelético:</u></b>	Dolor de musculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endurecimiento de las juntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Piel:</u></b>	Brotos/Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Alérgico:</u></b>	Alergias Temporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Favor de escribir cualquier medicamento que su hijo(a) este tomando actualmente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Favor de marcar si le gustaria hablar con un(a):**

- Nutricionista
- Psicólogo Clínico
- Trabajador Social
- Enfermera
- Padre de un hijo con una condicion pulmonaria

Si le gustaria ser agregado a una lista electronica de padres con hijos con alguna condicion respiratoria crónica direccion electronica (Email):

\_\_\_\_\_

Si marco, favor **brevemente explique su necesidad o inquietud** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_