

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
General:	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"/>	
Ojos:	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"/>	
Oido/Naris/ Garganta:	Dolor de Oido	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
Cardiovascular:	Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Corazon Acelerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratorio:	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"/>	
	Problemas Rspirando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologico:	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinal:	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"/>	
	Acidez gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitourinario:	Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoesquelético:	Dolor de musculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Endurecimiento de las juntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel:	Brotos/Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alérgico:	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** _____
