

¡Muchas gracias por visitar la Clínica Heart & Soul! Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudan a obtener la subvención que nos permite proporcionar atención médica y dental gratuita. Todas sus respuestas se mantendrán estrictamente anónimas, así que responda con la mayor precisión posible. En este formulario, el término hogar se define como todas las personas que ocupan una unidad de vivienda como su lugar de residencia habitual. Una unidad de vivienda es una casa, un apartamento, una casa móvil, un grupo de habitaciones o una habitación individual que está ocupada (o si está desocupada, está destinada a ser ocupada) como viviendas separadas.

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Edad del paciente: ____ años

Código postal del paciente:(zip code) _____

Sexo del paciente: MUJER HOMBRE OTRO: _____

1) ¿El paciente en el último año ha tenido dificultad para obtener atención de salud mental inmediata y asequible? SI NO

2) ¿Hay algún individuo en el hogar del paciente incapacitado o discapacitado? SI NO

¿El paciente siendo visto es discapacitado? SI NO

3) El paciente trabaja: JORNADA COMPLETA MEDIA JORNADA DESEMPLEADO NO SE APLICA

4) ¿La falta de transporte impide al paciente: OBTENER COMIDA RECIBIR ATENCION MEDICA TRABAJAR

5) Vivienda del paciente: RENTA PROPIETARIO NO TIENE VIVIENDA OTRO: _____

6) En los últimos 6 meses, ¿el paciente no ha podido pagar u obtener alimentos? SI NO

7) En los últimos 6 meses, ¿el paciente no ha podido pagar sus servicios públicos ? SI NO NO SE APLICA

8) ¿El paciente ha recibido asistencia de la oficina de su municipio (Township Trustee) en los últimos 12 meses? SI NO

9) ¿Se ha liberado al paciente de su encarcelamiento en los últimos 90 días? SI NO

10) ¿Fuma el paciente? SI NO

En caso afirmativo, ¿le gustaría al paciente recibir información sobre el Programa para dejar de Fumar de Indiana?

SI NO

11) En los últimos 6 meses, ¿el paciente ha tenido alguna preocupación con las drogas o el alcohol? SI NO

12) ¿Cuál es el idioma principal del paciente (es decir, inglés, español, árabe, mandarín)? _____

13) ¿El paciente necesita un intérprete? SI NO

14) ¿El paciente siendo visto tiene seguro médico? SI NO

Si está asegurado, el tipo de seguro es: (e.g. Medicare, Medicaid, Empleador): _____

15) ¿El paciente siendo visto tiene un médico de atención primaria? SI NO

16) ¿El paciente siendo visto tiene seguro dental? SI NO

Si está asegurado, el tipo de seguro es: (e.g. Medicare, Medicaid, Empleador): _____

Por favor gire la página al otro lado

17) En la tabla de abajo:

- 1) Marque con un círculo el número de personas en el hogar del paciente.
- 2) Marque con un círculo el ingreso anual total del paciente correspondiente al número de individuos en el hogar del paciente.

1	0 - \$16,250	\$16,251 - \$27,050	\$27,051 - \$43,250	More than \$43,250
2	0 - \$18,550	\$18,551 - \$30,900	\$30,901 - \$49,400	More than \$49,400
3	0 - \$20,850	\$20,851 - \$34,750	\$34,751 - \$55,600	More than \$55,600
4	0 - \$25,100	\$25,101 - \$38,600	\$38,601 - \$61,750	More than \$61,750
5	0 - \$29,420	\$29,421 - \$41,700	\$41,701 - \$66,700	More than \$66,700
6	0 - \$33,740	\$33,741 - \$44,800	\$44,801 - \$71,650	More than \$71,650
7	0 - \$38,060	\$38,061 - \$47,900	\$47,901 - \$76,600	More than \$76,600
8	0 - \$42,380	\$42,381 - \$51,000	\$51,001 - \$81,550	More than \$81,550

18) 19) Número de personas en la casa: adulto(s) _____ niños _____

19) ¿Cómo se identifica el paciente? (Marque con un círculo todo lo que aplique.)

Nativo del América de Norte/Nativo de Alaska.	Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
Asiático	Blanco
Negro/Afroamericano	hispana, latina
árabe	OTRO: _____

20) Estado civil del paciente: CASADO(A) SOLTERO(A) VIUDO(A)

21) ¿Reside el paciente en un hogar monoparental? SI NO

El individuo parental es: MUJER HOMBRE OTRO

22) Nivel de educación del paciente (marque uno)

Estudiante actual (menor de 18 años)	Alguna escuela (sin diploma)
Asiste a la escuela: _____	Graduado de secundaria / GED
Estudiante actual (mayores de 18 años)	Alguna educación superior
Asiste a la escuela: _____	Graduado de la Universidad

23) ¿Recibe el paciente alguno de los siguientes? (Marque con un círculo todo lo que aplique.)

Cupones de alimentos (Food Stamps)	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
WIC	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
Vivienda pública / Sección 8	Programa de seguro médico para niños (CHIP)
Asistencia médica	Beneficiario calificado de Medicare

24) ¿Cómo se enteró el paciente de la Clínica Heart and Soul? (e.g. amigo, familia, Grace Care Center, otra clínica gratuita.)

Apéndice C

LA LEY FEDERAL DE DEMANDAS POR AGRAVIO (FTCA) DE LA CLÍNICA GRATIS

Notificación ejemplar de la responsabilidad limitada de FTCA reputado profesionales de asistencia medical voluntarios

Notificación a los pacientes

Para ser provisto al paciente individual antes de asistencias medicales sean provistos, excepto en casos de emergencias cuando la notificación puede ser provista después de la emergencia como sea practicable o a un padre o un guardia en custodia cuando el paciente no tiene la responsabilidad de su propio cuidado bajo la ley del estado.

Esto es para notificar que bajo la ley federal relacionado a la operación de las clínicas gratis, la ley federal de demandas por agravio (FTCA), (ver a 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(B), 2671-80) provee el remedio exclusivo para daños de lesiones personales, incluyendo muerte, resultando de los servicios médicos, quirúrgico, dentales o funciones relativas por un profesional voluntario de clínica gratis quien fue reputado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos como un empleado de los Servicios Públicos de Salud. Esto FTCA cubierta de la negligencia medical se aplica a los voluntarios profesionales de las clínicas gratis que han provistos un servicio requerido o autorizado bajo Título XIX del Acto de Seguridad Social (i.e, Programa de Medicaid) en un sitio de la clínica gratis o en un programa fuera o en eventos cumplido por la clínica gratis.

La ley federal arriba y otras leyes federal y del estado, incluyendo el Acto Federal de la Protección Voluntariado de 1997, pudiera cubrir ciertos profesionales de la clínica gratis que está proveyendo servicios de salud a los pacientes en esta clínica gratis.

Reconocido:

(Firma del paciente)

(Nombre del paciente, escriba en forma legible)

Fecha

Proyecto Propuesto: Revisión de la Solicitud de Estimar de la Clínica Gratis FTCA (OMB No. 0915-0293)

HS009A
3/14/15

HEART AND SOUL FORMULARIO DE REGISTRO DE LA CLÍNICA DENTAL

(Escriba por favor)

Fecha:								
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE								
Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo nombre:		Estatus marital (dibuje usted un círculo alrededor uno) Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)		
				<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.		<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sa.		
¿Esto es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		¿Si no es, que es su nombre legal?		(nombre anterior):		Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección :				Teléfono celular: ()		Teléfono fijo: ()		
Apartado de correos:		Ciudad:		Estado:		Código postal:		
Ocupación:								
Elegió esta clínica porque/Estaba remitido a la clínica por:				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de segura de salud	<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Está cerca de mi casa/trabajo		<input type="checkbox"/> páginas amarillas		<input type="checkbox"/> Otro		

INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURA DE SALUD

¿El paciente está cubierto por segura de salud?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	--	-----------------------------	-----------------------------

EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre de un familiar local (que no está viviendo en la misma dirección de usted):		Relación		Teléfono fijo: ()	Teléfono de trabajo: ()
Con la presente certifico que la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.					

Doy a la clínica la permisión de compartir la información medical a las personas siguientes:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____

HEART AND SOUL CLINIC, INC.
P.O. Box 478
Westfield, IN 46074
RELEASE OF INFORMATION
(English)

For and in consideration of the medical treatment and/or consultation made available to me without charge at Heart and Soul Clinic, Inc., I hereby agree to the following terms:

I hereby grant Heart and Soul Clinic, Inc. full and unrestricted access to all of my health records, regardless of their location and/or of whose custody the health records are currently in.

I hereby release, relieve and discharge from liability Heart and Soul Clinic, Inc., its officers, directors, agents employees, and volunteers of and from all liability for any and all losses, injuries, or damages to either my person or to my property, occasioned by, in any manner growing out of, or as a direct or indirect result of my receipt of any diagnosis, consultation, procedures, medications, treatments or advise or by anyone providing any such diagnosis, consultation, procedures, medications, treatment or advise in which the Heart and Soul Clinic, Inc. has any responsibility or its made available by it.

I hereby give my permission to the Heart and Soul Clinic, Inc. its agents and volunteers to treat me during this clinic visit and all subsequent visits and to provide drugs, medical care and other services and supplies as are needed for my health and well-being. I acknowledge that no representations, warranties or guarantees as to results or cures have been made to me by Heart and Soul Clinic, Inc., or its agents, nor have I relied upon any such representations, warranties or guarantees.

I hereby give my permission for the Heart and Soul Clinic, Inc., to pursue other health professionals in consultation/referral regarding my medical condition for the purpose of continuity of health care. I am aware that the Heart and Soul Clinic, Inc., cannot guarantee the care provided by a referring physician or health care specialist will be rendered free of charge to me and that the Heart and Soul Clinic, Inc., cannot assume responsibility for payment.

By my signature below, I certify that I have read this **Release of Information** (or have had the same read to me) and that I fully understand its provisions I now voluntarily sign the **Release** as evidence of my intent and agreement to be bound by it.

-----*(Spanish ~ Espanol)*-----

En consideracion a la consulta y al tratamiento medico que gratuitamente he reebido por parate de la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., por este conducto doy me consentimiento a los siguientes terminus:

Doy mi consentimiento para que Heart and Soul Clinic, Inc., tenga acceso sin restriccion alguna a mis expedients medicos, sin importer el lugar y/o la custodia donde se encuentren actualmente.

Libero de toda responsabilidad o cargo de demanda a la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., a sus oficiales, directores, agents, resultado de, o directa o indirectamente como resultado del diagnostico, consulta, procedimientos, medicamentos, tratamientos o consejo en los cuales la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., tenga responsabilidad alguna o este involucrate en la disponibilidad de dichos servicios.

Por medio de este documento, doy mi consentimiento a la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., sus agencies y voluntarios para que me dentratamiento durante mi visita a la clinica y todas las visitas subsecuentes, asi comom para recetarme medicamentos, darme cuidados medicos y otros servicios y materiales, segun sea necesario para mi salud y mi bienestar. Reconozco que, ni Heart and Soul Clinic, Inc., ni sus volungarios me han ofrecido nongun tipo de esa garantias.

Por medio de este documento, doy mi consentimiento a la clinica, Heart and Soul Clinic, Inc., para consultar con ostromedicos profesionales respecto a mi condicion medica con el proposito de continuar con mis cuidandos de salud. Estoy consciente de que la clinica Heart and Soul Clinic, Inc., no so hara responsable por pagos que se puedan adeudar a dichos especialista.

Por medio de mi firms en este documento, certifleo que he tenido la oportunidad de leer este consentimiento (o que el mismo me has sideo leído por una tercera persona) y ratifico que comprndo en su totalidad su contenido. A continuacion firmu voluntariamente este consentimiento como evidencia de me acuerdo a lo aqua antes estipulado.

Printed Name/Nombre del paciente impreso

Date/Fecha

Patient Signature/Firma del paciente

Patient Representative/Reprosentante del pacient

Relationship/Relacion con el pacente

Medical History

Patient Name:

Birth Date:

Date Created:

Are you under a physician's care now? Yes No If yes

Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No If yes

Do you use tobacco? Yes No

Women: Are you...

Pregnant/Trying to get pregnant? Nursing? Taking oral contraceptives?

Are you allergic to any of the following?

Aspirin Penicillin Codeine Acrylic
 Metal Latex Sulfa Drugs Local Anesthetics

Other? If yes

Do you use controlled substances? Yes No If yes

Do you have, or have you had, any of the following?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| AIDS/HIV Positive <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cortisone Medicine <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hemophilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Radiation Treatments <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Alzheimer's Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Recent Weight Loss <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anaphylaxis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Drug Addiction <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Renal Dialysis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Easily Winded <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Rheumatic Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Emphysema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | High Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Rheumatism <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Arthritis/Gout <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Epilepsy or Seizures <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | High Cholesterol <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Scarlet Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artificial Heart Valve <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Excessive Bleeding <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hives or Rash <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artificial Joint <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Excessive Thirst <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hypoglycemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sickle Cell Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Asthma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fainting Spells/Dizziness <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Irregular Heartbeat <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sinus Trouble <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Blood Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Cough <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Kidney Problems <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Spina Bifida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Blood Transfusion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Diarrhea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Leukemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Stomach/Intestinal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Breathing Problems <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Headaches <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Liver Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Bruise Easily <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Genital Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Low Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Swelling of Limbs <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Lung Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Thyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Chemotherapy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hay Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Mitral Valve Prolapse <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tonsillitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Chest Pains <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Attack/Failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cold Sores/Fever Blisters <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Murmur <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Pain In Jaw Joints <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tumors or Growths <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Congenital Heart Disorder <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Pacemaker <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Parathyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ulcers <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Convulsions <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Trouble/Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Psychiatric Care <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Venereal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| | | | Yellow Jaundice <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |

Have you ever had any serious illness not listed Yes No If yes

Comments:

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health.

Signature of Patient, Parent or Guardian:

X

Date: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
 ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Usa tabaco? Sí No
 ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dialisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células faloformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretonescon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente).

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____