



Questionario previo a la visita de doce, trece, catorce años para Padre(s)

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene usted algunas preocupaciones, preguntas o problemas que quiere discutir hoy? _____

Preguntas acerca de su hijo(a).

*Tuberculosis	¿Nació su hijo(a) en un país con alto riesgo de tuberculosis (países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o Europa Occidental)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Ha viajado su hijo(a) (tuvo contacto con poblaciones residentes) por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Está infectado(a) su hijo(a) con VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o

*Dislipidemia	¿Tiene su hijo(a) padres o abuelos que hayan sufrido insuficiencia cardiaca o problema cardíaco antes de la edad de 55 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Tiene su hijo(a) un padre con colesterol alto en la sangre (240 mg/dL o más alto), o que esté tomando medicamento para colesterol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o

Anemia	¿La dieta de su hijo(a) incluye alimentos ricos en hierro tales como carne, huevo, cereales fortificados con hierro, o frijoles/habichuelas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Su hijo(a) alguna vez ha sido diagnosticado con anemia por deficiencia de hierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	PARA PACIENTES FEMENINAS: ¿Hay historial en la familia de trastornos de coagulación de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o

¿Han habido cambios importantes en su familia últimamente? No Sí

Mudanza Separación Divorcio Muerte en la familia Cambio de empleo Otro _____

* ¿Vive su hijo(a) con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde las personas fuman? Sí No

¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial de cuidado de salud? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

* Cuales medicamentos usa su hijo(a) y la dosis: incluya hierbas medicinales, vitaminas o suplementos: _____

* ¿Cuál es la mejor manera de contactarle a usted? (por favor marque): tel. de casa / tel. celular / tel. de trabajo: _____

* ¿Quiere compartir con nosotros su correo electrónico? _____