

Programa de salud móvil

Mobile Health Program



El programa de salud móvil de Le Bonheur ofrece atención excepcional más allá de las paredes del hospital. Creemos que una manera de ofrecer servicios a los niños en la zona Oeste de Tennessee es poder hacer sus exámenes físicos de rutina (*well-child*), sus exámenes físicos deportivos (*sports' physicals*) y visitas cuando están enfermos, de forma rotatoria en sus propias escuelas. Si su niño ya está siendo atendido por un profesional de la salud, pero también fue atendido en nuestra unidad móvil, toda la información que obtuvo el profesional de la salud de la unidad móvil, podrá ser compartida con el profesional de atención de la salud regular de su niño. Nuestra meta es conectar con un pediatra o doctor de cabecera de su comunidad a aquellos niños y familias que nos hayan visitado en nuestra unidad médica móvil y no cuenten con atención médica regular. Asimismo, podemos derivar a un especialista a aquellos niños y familias que lo necesiten.

Lo que hace falta saber:

- Para ser atendido en la unidad médica móvil, su niño **deberá tener un formulario de consentimiento de Le Bonheur firmado** en su expediente. La participación en este programa es voluntaria.
- Si su niño se enferma mientras la unidad móvil se encuentra en su escuela, el profesional de atención médica podrá atenderlo siempre y cuando tengamos un consentimiento.
- **Los niños serán atendidos sin importar si cuentan con la capacidad de pagar.** Los padres/personas a cargo no deben preocuparse si no cuentan con seguro de salud o por el costo del co-pago. Cobramos por nuestros servicios a TennCare para aquellos pacientes que tienen esta cobertura, pero **los padres nunca recibirán una factura nuestra por servicios.**
- Los padres/personas a cargo son bienvenidos a venir junto a su hijo a la unidad médica móvil.
- Los padres/personas a cargo recibirán un resumen de la visita y material instructivo por correo y/o una llamada telefónica por parte del personal de Le Bonheur luego de la visita de su niño a la unidad móvil.

Le Bonheur
Children's

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

**Le Bonheur en movimiento Unidad Médica Móvil
Consentimiento para evaluación y atención médica**
Le Bonheur On the Move: Mobile Medical Unit Consent
for Medical Examination and Care

Estimado padre/madre o tutor:

Dear Parent/Guardian,

Durante el "Período" del año escolar, su hijo tendrá la oportunidad de que un proveedor de Le Bonheur Children's Hospital "Le Bonheur" le brinde atención médica y le realice exámenes físicos (o deportivos) de forma anual, incluidas consultas por enfermedad, directamente en la escuela o comunidad en la que su hijo se encuentre. La atención se brindará en una Unidad Médica Móvil de vanguardia de Le Bonheur o en un sitio designado. Su presencia no es obligatoria mientras su hijo se encuentra en la unidad móvil, pero sí lo invitamos a estar presente cada vez que se le brinde atención a su hijo.

During the school year "Term" your child will have the opportunity to receive annual (or sports) physicals and medical care including sick visits provided by a Le Bonheur Children's Hospital "Le Bonheur" provider right at your child's school/community site. The care will be provided on Le Bonheur's state of the art Mobile Medical Unit or at a designated site. There is no need for you to be present when your child is on the mobile unit, but we invite you to be present anytime your child is being seen.

Para que su hijo pueda participar en este programa, usted deberá firmar este formulario de consentimiento y completar la información que se solicita en este folleto. Programaremos los exámenes físicos (o deportivos) anuales dando prioridad a aquellos niños que no tengan seguro o cuyo seguro no brinde una atención suficiente.

In order for your child to participate in this program, you will need to sign this consent form and complete the information in this booklet. We will be scheduling children for annual (or sports) physicals starting with those that are uninsured or underinsured.

Los niños se examinarán en la Unidad Médica Móvil o en el lugar designado independientemente de si tienen la posibilidad de pagar los servicios proporcionados. Se deberá presentar el seguro cuando esté disponible. Por favor, complete toda la información que se solicita en este folleto para que podamos brindarle la mejor atención a su hijo y facturarle a su proveedor de seguro, si fuera necesario.

Children will be seen on the Mobile Medical Unit or designated site regardless of their ability to pay for services provided. Insurance will be filed when available. Please complete all of the information in this booklet to allow us to provide the best care for your child and to bill your insurance provider, if necessary.

Por favor, lea las siguientes declaraciones relacionadas con la atención que se brinda en la unidad móvil.

Please read the following statements related to care provided on the mobile unit.

CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR Y BRINDAR TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO DE VIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO COMO SE INDICÓ ANTERIORMENTE

CONSENT TO EVALUATE AND PROVIDE TREATMENT FOR THE CONSENT YEAR AS IDENTIFIED ABOVE

Autorizo a que mi hijo reciba atención médica por parte de un médico o una enfermera especializada de la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur para la evaluación o el tratamiento de afecciones médicas y un control médico de rutina. Todos los exámenes médicos son supervisados por un médico o un enfermero especializado certificado. Entiendo que debo prestar mi consentimiento a través de este formulario para recibir evaluación o tratamiento médico. La evaluación médica incluye la obtención de resultados de análisis de sangre, orina y saliva, y otros exámenes médicos que requiera el médico o el enfermero especializado. De acuerdo con las pautas establecidas por la Academia Americana de Pediatría, todos los exámenes de salud/detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) deberán realizarse sin vestimenta. El niño recibirá una bata y mantendrá su ropa interior puesta. La privacidad del niño se protegerá en todo momento y, para su seguridad, dos profesionales de la salud estarán presentes durante el examen que se realiza sin vestimenta.

I give permission for my child to receive a medical examination by a physician or nurse practitioner of Le Bonheur Mobile Medical Unit for the purpose of evaluation and/or treatment of medical conditions as well as routine health maintenance. All medical examinations are overseen by a board certified physician or nurse practitioner. I understand that I must give my consent on this form in order to receive medical evaluation and/or treatment. Medical evaluation includes obtaining test results from blood tests, urine tests, saliva tests, and/or other medical tests as required by the physician or nurse practitioner. According to the guidelines established by the American Academy of Pediatrics, all EPSDT/Wellness exams will be unclothed. A drape/gown will be provided and children will keep on their undergarments. The child's privacy will be protected at all times and two healthcare professionals will be present during the unclothed exam for your child's protection.



Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CONTROLES

RELEASE OF INFORMATION AND CONSENT FOR FOLLOW-UP

Autorizo al personal médico y de administración de casos de la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur a recibir la información pertinente sobre la salud de mi hijo por parte de un consultorio médico, una clínica, la escuela o la agencia a la cual se le pueda solicitar información adicional. También autorizo que se revele la información sobre la salud de mi hijo al consultorio médico, la clínica, la escuela o la agencia a la cual mi hijo pueda ser derivado. Autorizo al personal médico y de administración de casos de la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur a contactarme por teléfono o correo electrónico para proporcionarme información sobre los resultados del examen de mi hijo, las posibles opciones de atención, consejos para mejorar la salud de mi hijo, citas con especialistas u otros asuntos relacionados con la salud. Autorizo a que mi hijo participe en las actividades de administración de casos (como reuniones individuales y grupales) que se ofrecen luego de la consulta médica inicial. Además, autorizo a la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur a dejar un mensaje sobre citas o pruebas en el teléfono de mi casa o en mi teléfono celular. Autorizo también a la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur a enviar recordatorios de citas u otro tipo de recordatorio por mensaje de texto o mensaje de voz automático. Es mi responsabilidad proporcionar a Le Bonheur la información de contacto más actualizada. Autorizo a que se le tome una fotografía a mi hijo para el registro médico electrónico. Autorizo a Le Bonheur a obtener acceso electrónico a mi historial de recetas a través de RX Hub (una base de datos de recetas donde se compilan todos los historiales de recetas).

I give permission for Le Bonheur Mobile Medical Unit clinical and case management staff to receive relevant information about my child's health from a doctor's office, clinic, school, or agency from which additional information may need to be gathered. I also authorize release of information about my child's health to a doctor's office, clinic, school, or agency to which he/she may be referred. I give permission for Le Bonheur Mobile Medical Unit clinical and case management staff to contact me by telephone or mail regarding the results of my child's exam, possible care options, tips for improving my child's health, specialist appointments, and/or other health related topics. I give permission for my child to be involved in case management activities (such as individual and group meetings) offered after the initial clinic visit. I authorize Le Bonheur Mobile Medical Unit to leave a message regarding appointment or test at my residence or cell phone. I authorize Le Bonheur Mobile Medical Unit to send appointment reminders or other reminders via text message or automated voice message. It is my responsibility to provide Le Bonheur the most up to date contact information. I authorize for my child to have a photo taken for the electronic medical record. I authorize Le Bonheur to electronically access my prescription history through RX Hub (a prescription database compiling all prescription history).

COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN A PADRES/MADRES O TUTORES

SHARING INFORMATION WITH PARENTS/GUARDIANS

La Unidad Médica Móvil de Le Bonheur cumple con las normas estatales y las pautas de la Academia Americana de Pediatría relacionadas con la atención a adolescentes, la edad que deben tener los adolescentes para prestar consentimiento a fin de recibir atención médica y la notificación que se debe brindar al padre/a la madre o al tutor para el tratamiento médico. Se alentará a los pacientes adolescentes a mantener una comunicación abierta con los padres. Sin embargo, la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur revelará información médica de acuerdo con la ley del estado de Tennessee. Comuníquese con Le Bonheur si tiene alguna pregunta sobre la edad para prestar consentimiento o la divulgación de información.

Le Bonheur Mobile Medical Unit follows state regulations and American Academy of Pediatric guidelines regarding adolescent care, adolescent age of consent for medical care, and parent/guardian notification for medical treatment. Adolescent patients will be encouraged to maintain open communication with parents. However, Le Bonheur Mobile Medical Unit will disclose medical information according to Tennessee state law. Please contact Le Bonheur with any questions about age of consent or release of information.

RECOPIACIÓN DE DATOS

DATA COLLECTION

Comprendo que Le Bonheur puede utilizar la información sobre la evolución de mi hijo con el fin de recopilar datos y presentar informes. Comprendo que el nombre de mi hijo no se utilizará sin mi autorización. En virtud del presente documento, Le Bonheur, el área de Alcance Comunitario de Methodist Le Bonheur (Methodist Le Bonheur Community Outreach, por su nombre en inglés), la Unidad Médica Móvil de Le Bonheur y sus filiales se eximen de toda responsabilidad legal que pueda surgir a partir de la divulgación de la información o de la publicación de los datos obtenidos.

I understand information about my child's progress may be used by Le Bonheur for data collection and reporting purposes. I understand my child's name will not be used without my permission. Le Bonheur, Methodist Le Bonheur Community Outreach, Le Bonheur Mobile Medical Unit, and their affiliates are hereby released from all legal liability that may arise from the release of the information or from the publication of data obtained.

AVISO SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

NOTICE OF PRIVACY PROCEDURES (HIPAA)

He recibido una copia del "Aviso de Procedimientos de Privacidad" para Le Bonheur, tal como lo exigen las normas de la Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

I have received a copy of the "Notice of Privacy Procedures" for Le Bonheur, in compliance with HIPAA regulations.

NOTIFICACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO DE RECLAMO

NOTIFICATION OF GRIEVANCE PROCEDURE

Comprendo que, si considero que mi hijo o yo hemos sido tratados de forma injusta durante el transcurso de esta selección por cuestiones de género, raza, nacionalidad, religión o discapacidad, tengo el derecho de presentar una queja. Dichas quejas deberán enviarse por escrito a Le Bonheur, Director of Health Services, 1535 Vann Drive, Jackson, TN 38305. Para obtener más información, comuníquese con Le Bonheur al 731-984-9961.

I understand that if I believe either I or my child has been treated unfairly during the course of this screening because of my gender, race, color, national origin, religion, or disability, I have the right to file a complaint. Such complaints are to be addressed in writing to Le Bonheur, Director of Health Services, 1535 Vann Drive, Jackson, TN 38305. More information may be obtained by calling Le Bonheur at 731-984-9961.

(Place Patient Identification Sticker Here)

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR AL TERCERO RESPONSABLE DEL PAGO (SEGURO)

CONSENT TO BILL THIRD PARTY PAYOR (INSURANCE)

Autorizo a UT Le Bonheur Pediatric Specialists, Inc., al Hospital de niños de Le Bonheur, al Área de Alcance Comunitario de Methodist Le Bonheur o a sus filiales a divulgar toda información relacionada con tratamientos para permitir el cobro de los beneficios del seguro por los servicios prestados. Se autoriza también la divulgación de información a cualquier proveedor de atención médica de control.

I authorize UT Le Bonheur Pediatric Specialists, Inc., Le Bonheur Children's Hospital, Methodist Le Bonheur Community Outreach, and or their affiliates, to release any information pertaining to treatment to enable the collection of insurance benefits for the services rendered. Release of information is also authorized to any providers of follow-up medical care.

Comprendo y acepto que este consentimiento es válido durante el Período indicado anteriormente, a menos que yo lo cancele por escrito. Según mi leal saber y entender, la información provista es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad informarles a Le Bonheur y a su personal si mi hijo/menor bajo el régimen de tutela manifiesta un cambio en su salud, su cobertura de seguro o su información de contacto.

I understand and agree that this consent is valid during the Term identified above unless I cancel it in writing. To the best of my knowledge the information provided is complete and correct. I understand it is my responsibility to inform Le Bonheur and its staff if I or my child/ward, has a change in health, insurance coverage or contact information,

Para obtener más información, comuníquese con la Unidad Móvil de Le Bonheur al:
 For more information, please contact Le Bonheur Mobile Health at:

731-984-9954 (línea directa)
 731-984-9954 (Direct Line)

Firma del padre/de la madre o del tutor

Fecha
Date

Signature of Parent/Guardian

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE O EL TUTOR
PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Nombre: (Name) _____

Apellido
Last

Primer nombre
First

Inicial del segundo nombre
MI

Fecha de nacimiento: (DOB) _____ N.º de seguro social: (SS#) _____

Correo electrónico del padre/la madre o del tutor: (Parent/Guardian Email) _____

Relación con el paciente: (Relationship to Patient) _____

Número de teléfono del padre/la madre o el tutor: (Phone Number for Parent/Guardian) _____

(Place Patient Identification Sticker Here)

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

Preguntas sobre el proveedor de atención médica de su hijo
Questions About Your Child's Health Care Provider

¿Ha visitado su hijo al médico o al proveedor de atención médica debido a alguna enfermedad durante los últimos 12 meses?
Has your child visited the doctor or health care provider because he/she was sick in the last 12 months?

Sí Yes No No No lo sé. I don't know.

Motivo: (Reason) _____

¿Cómo se llama el médico o el proveedor de atención médica de su hijo? _____ Teléfono: _____
Who is your child's doctor or health care provider? Phone:

¿Cuál es su farmacia preferida? _____ Teléfono: _____
Who is your preferred pharmacy? Phone:

(Place Patient Identification Sticker Here)

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

Información sobre el seguro **Insurance Information**

Información sobre el seguro primario:

Primary Insurance Information:

- Seguro privado (Otro: _____)
Private Insurance (Other)
- BlueCare (TennCare)
- United Community Health Plan (TennCare)
- Amerigroup (TennCare)
- CoverKids (TennCare)
- Mi hijo no tiene seguro.

Número de identificación del miembro: _____ Número de identificación del grupo: _____
Member ID Number: _____ Group ID Number: _____

Nombre del asegurado: _____
Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ N.º de seguro social del asegurado: _____
Policy Holder DOB: _____ Policy Holder SS#: _____

Información sobre el seguro secundario:

Secondary Insurance Information:

- Seguro privado (Otro: _____)
Private Insurance (Other)
- BlueCare (TennCare)
- United Community Health Plan
- Amerigroup (TennCare)
- CoverKids
- Mi hijo no tiene seguro.
My child is uninsured.

Número de identificación del miembro: _____ Número de identificación del grupo: _____
Member ID Number: _____ Group ID Number: _____

Nombre del asegurado: _____
Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ N.º de seguro social del asegurado: _____
Policy Holder DOB: _____ Policy Holder SS#: _____

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

Preguntas sobre salud Health Questions

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: M F
Primer nombre (First) Segundo nombre (Middle) Apellido (Last)
 Child's Name: _____ Age: _____ Sex: M F

Escuela: _____ Número de teléfono del padre/la madre o el tutor: _____
 School: _____ Phone Number for Parent/Guardian: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Número de seguro social del niño: _____
Día (Day) Mes (Month) Año (Year)
 Child's Date of Birth: _____ Child's Social Security Number: _____

Dirección del niño: _____
Dirección (Street Address) Aptdo. (P.O. Box) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (Zip)
 Address of Child: _____

Raza del niño: Negra Blanca Asiática Otra: _____ Grupo étnico: Hispano No-hispano
Child's Race: Black White Asian Other: Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic

Idioma preferido que se habla en el hogar: Inglés Español Otro: _____
Preferred Language Spoken at Home English Spanish Other:

Historia clínica del niño (Por favor, marque todas las afecciones médicas que correspondan con respecto a su hijo). Sin problemas de salud conocidos
Child's Medical History (please mark any of the following medical conditions that apply to your child) No Known Health Problems

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno por déficit de atención Enfermedad cardíaca congénita Diabetes Asma Enfermedad renal
ADHD/ADD Congenital Heart Disease Diabetes Asthma Kidney Disease
- Presión arterial elevada Otras afecciones médicas: _____
Elevated Blood Pressure Other Medical Conditions

¿Ha tenido que ser su hijo hospitalizado alguna vez? Sí No Motivo: _____ Fecha: _____
Has your child ever required hospitalization? Yes No Reason: Date

¿Se ha sometido su hijo a algún procedimiento quirúrgico? Sí No Motivo: _____ Fecha: _____
Has your child had any surgical procedures? Yes No Reason: Date

Por favor, detalle los medicamentos que toma su hijo actualmente. <small>Please list all medications the child is currently taking.</small> Incluya todos los medicamentos con o sin receta. <small>Include all prescription and nonprescription medication.</small>	<input type="checkbox"/> No toma medicamentos <small>No Medications</small>
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	

Por favor, detalle las alergias que tiene su hijo. <small>Please list any allergies your child has.</small>	<input type="checkbox"/> No tiene alergias <small>No Allergies</small>
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	

¿Tiene su hijo todas las vacunas al día? Sí No No lo sé.
Is your child current on all immunizations and vaccinations? Yes No I don't know.

¿Tiene su hijo algún problema o hay algo que le preocupe de él? _____
Is your child having any problems, or are you having any concerns?

(Place Patient Identification Sticker Here)

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ **Fecha de nacimiento:** (DOB) _____

Historia clínica familiar (Por favor, marque todas las afecciones médicas que tengan los miembros de la familia de su hijo).

Family Medical History (Please mark any of the following medical conditions that members of your child's family have.)

Madre del niño: Sin problemas de salud conocidos

Child's Mother:

No Known Health Problems

Falleció

deceased

Colesterol alto
High Cholesterol

Hipertensión arterial
High Blood Pressure

Enfermedad cardíaca
Heart Disease

Diabetes
Diabetes

Derrame cerebral
Stroke

Enfermedad mental
Mental Illness

Cáncer
Cancer

Ataque cardíaco (antes de los 55 años)
Heart Attack (Under the Age of 55)

Otras afecciones médicas: _____
Other Medical Conditions:

¿Toma la madre medicamentos para el colesterol?
Does the mother take cholesterol medication?

Sí No
Yes No

Padre del niño: Sin problemas de salud conocidos

Child's Father:

No Known Health Problems

Falleció

deceased

Colesterol alto
High Cholesterol

Hipertensión arterial
High Blood Pressure

Enfermedad cardíaca
Heart Disease

Diabetes
Diabetes

Derrame cerebral
Stroke

Enfermedad mental
Mental Illness

Cáncer
Cancer

Ataque cardíaco (antes de los 55 años)
Heart Attack (Under the Age of 55)

Otras afecciones médicas: _____
Other Medical Conditions:

¿Toma el padre medicamentos para el colesterol?
Does the father take cholesterol medication?

Sí No
Yes No

Abuelo del niño: Colesterol alto

Child's Grandparent:

High Cholesterol

Hipertensión arterial
High Blood Pressure

Enfermedad cardíaca
Heart Disease

Diabetes
Diabetes

Derrame cerebral
Stroke

Enfermedad mental
Mental Illness

Cáncer
Cancer

Ataque cardíaco (antes de los 55 años)
Heart Attack (Under the Age of 55)

Otras afecciones médicas: _____
Other Medical Conditions:

**Cuestionario sobre edades y etapas
Evaluación general del desarrollo**

**Ages and Stages Questionnaire
Overall Developmental Screening**

**Edades: del nacimiento
a los 5 años**

Ages: Birth – 5 Years

Nombre del menor: _____
Child's Name:

Escuela del menor: _____
Child's School:

Responda a las siguientes preguntas y explique cualquier detalle que considere importante.
Please answer the following questions and explain any details that you feel are important.

<p>1. ¿Cree usted que su hijo oye bien? 1. Do you think your child hears well?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió no, explique: If no, explain:</p>
<p>2. ¿Cree usted que su hijo habla como otros niños de su edad? 2. Do you think your child talks like other children her age?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió no, explique: If no, explain:</p>
<p>3. ¿Puede usted entender la mayor parte de lo que dice su hijo? 3. Can you understand most of what your child says?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió no, explique: If no, explain:</p>
<p>4. ¿Cree usted que su hijo camina, corre y trepa como otros niños de su edad? 4. Do you think your child walks, runs, and climbs like other children his age?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió no, explique: If no, explain:</p>
<p>5. ¿Tiene el padre o la madre un historial familiar de sordera infantil o dificultades de audición? 5. Does either parent have a family history of childhood deafness or hearing impairment?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió sí, explique: If yes, explain:</p>
<p>6. ¿Tiene usted alguna inquietud acerca de la vista de su hijo? 6. Do you have any concerns about your child's vision?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió sí, explique: If yes, explain:</p>

(Place Patient Identification Sticker Here)

<p>7. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico en los últimos meses? 7. Has your child had any medical problems in the last several months?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió sí, explique: If yes, explain:</p>
<p>8. ¿Le preocupa algo acerca de su hijo? 8. Does anything about your child worry you?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No No</p>	<p>Si respondió sí, explique: If yes, explain:</p>

Lista de verificación 17 (PSC-17) del cuestionario de síntomas pediátricos

Edades: de 6 a 20 años

Ages: 6 – 20 Years

Pediatric Symptom Questionnaire Checklist 17 (PSC-17)

Nombre del menor: _____
 Child's Name:

Escuela del menor: _____
 Child's School:

Tanto la salud emocional como la física van de la mano en los niños. Debido a que los padres a menudo son los primeros en observar un problema en el comportamiento, las emociones o el aprendizaje de sus hijos, usted puede ayudar a su hijo a recibir la mejor atención posible respondiendo a estas preguntas. Emotional and physical health go together in children. Because parents are often the first to notice a problem with their child's behavior, emotions, or learning, you may help your child get the best care possible by answering these questions.

Marque debajo de la frase que mejor describe a su hijo:
 Please mark under the heading that best describes your child:

	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often
* Inquieto, no puede estar sentado sin moverse. Fidgety, unable to sit still.			
<input type="checkbox"/> Se siente triste, infeliz Feels sad, unhappy			
* Sueña despierto demasiado Daydreams too much			
● Se niega a compartir Refuses to share			
● No entiende los sentimientos de otras personas Does not understand other people's feelings			
<input type="checkbox"/> Se siente desesperanzado Feels hopeless			
* Se le dificulta concentrarse Has trouble concentrating			
● Pelea con otros niños Fights with other children			
<input type="checkbox"/> Se desprecia a sí mismo Is down on him or herself			
● Culpa a otras personas por sus problemas Blames others for his or her troubles			
<input type="checkbox"/> Parece divertirse menos Seems to be having less fun			
● No respeta las reglas Does not listen to rules			

(Place Patient Identification Sticker Here)

	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often
* Actúa como si lo impulsara un motor Acts as if driven by a motor			
● Molesta a los demás Teases others			
□ Se preocupa mucho Worries a lot			
● Toma cosas que no le pertenecen Takes things that do not belong to him or her			
* Se distrae fácilmente Distracted easily			

¿Tiene usted alguna inquietud respecto al comportamiento, las emociones o el aprendizaje de su hijo?
 Do you have any concerns regarding your child's behavior, emotions, or learning?

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
OFFICE USE ONLY

Total (*) _____ Total (●) _____ Total (□) _____ * + ● + □ = _____

Complete la siguiente sección si su hijo tiene asma:

Cuestionario para pacientes con asma

If your child has asthma, please complete the following section:

Questionnaire for Patients with Asthma

Nombre del menor: _____
 Child's Name:

Escuela del menor: _____
 Child's School:

Conteste las siguientes preguntas sobre los síntomas del asma de su hijo:
 Please answer the following questions about your child's asthma symptoms.

<p>¿Su hijo ha sido diagnosticado con asma por un enfermero especializado o un médico? Si respondió Sí, cuándo: Has your child been diagnosed with asthma by a nurse practitioner or doctor? If Yes, when:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Ha tenido su hijo síntomas de asma esta semana? Has your child been having asthma symptoms this week?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Alguien fuma dentro de su casa? Does anyone smoke inside your home?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Cree que su hijo consume productos de tabaco? Do you think your child uses tobacco products?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Tiene su hijo alguna limitación para realizar ejercicios o actividades debido al asma? Does your child have any exercise or activity limitations due to asthma?</p>	<p><input type="checkbox"/> ninguna none <input type="checkbox"/> limitaciones leves minor limitations <input type="checkbox"/> algunas limitaciones some limitations <input type="checkbox"/> muy limitado extremely limited</p>
<p>¿Le han recetado a su hijo un medicamento para el control del asma? (por ejemplo, Pulmicort, Singulair, Flovent, etc.) Has your child been prescribed an asthma controller medication? (ex. Pulmicort, Singulair, Flovent, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Su hijo usa el medicamento para el control del asma? Si respondió no, ¿por qué? (por ejemplo, Pulmicort, Singulair, Flovent, etc.) Is your child using the asthma controller medication? If not, why? (ex. Pulmicort, Singulair, Flovent, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces a la semana utilizó su hijo un medicamento de rescate? (por ejemplo, albuterol, inhalador, etc.) How many times per week did your child use a rescue medication in the past 4 weeks? (ex. Albuterol, inhaler, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 días por semana o menos less than or = to 2 days/week <input type="checkbox"/> Más de 2 días por semana greater than 2 days/week <input type="checkbox"/> Más de 1 vez por día greater than 1 time/day daily</p>

<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo el paciente síntomas de asma durante el día?</p> <p>How often did the patient have daytime asthma symptoms for the past <u>4 weeks</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 días por semana o menos less than or = to 2 days/week</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 2 días por semana greater than 2 days/week</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días daily</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 1 vez por día greater than 1 time/day</p>
<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se despertó por la noche el paciente con síntomas de asma?</p> <p>How often did the patient awake at night with asthma symptoms this past <u>4 weeks</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 noches por mes 0 nights/month</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 2 noches por mes 1-2 nights/month</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 4 noches por mes 3-4 nights/month</p>
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuvo el paciente que tomar esteroides orales?</p> <p>How many times in the past <u>12 months</u> has the patient had to take oral steroids?</p>	<p><input type="checkbox"/> Más de 1 noche por semana greater than 1 night/week</p>
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido su hijo atendido por un médico debido a los síntomas del asma?</p> <p>Has your child seen a provider for asthma symptoms during the past <u>12 months</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p> <p>N.º de visitas: # of Visits:</p>
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo a la sala de emergencias debido a los síntomas del asma?</p> <p>Has your child visited the emergency room for asthma symptoms during the past <u>12 months</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p> <p>N.º de visitas: # of Visits:</p>
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha faltado su hijo a la escuela debido a los síntomas del asma?</p> <p>Has your child missed school for asthma symptoms during the past <u>12 months</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p> <p>N.º de visitas: # of Visits:</p>
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido su hijo hospitalizado debido a los síntomas del asma?</p> <p>Has your child been admitted to the hospital for asthma symptoms during the past <u>12 months</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p> <p>N.º de visitas: # of Visits:</p>

Nombre del paciente: (Patient Name) _____ Fecha de nacimiento: (DOB) _____

Información para evaluación de riesgo
Risk Assessment Information

Detección de plomo Lead Screening	Sí Yes	No No
¿Alguna vez le dijeron si su niño/a tiene altos niveles de plomo en la sangre? Have you ever been told your child has an elevated blood lead level?		
¿Su niño/a vive o visita con regularidad alguna casa/escuela/guardería infantil construida antes de 1978 y renovada recientemente? Does your child live in or regularly visit a house/school/child care facility built before 1978 that has recently been renovated?		
¿Su niño/a vive o visita con regularidad alguna casa/escuela/guardería infantil construida antes de 1950? Does your child live in or regularly visit a house/school/child care facility built before 1950?		
¿Alguna vez ha visto a su niño/a comer pintura vieja descascarada o sustancias que no son alimentos, como papel? Have you ever seen your child eating paint chips or other non-food substances such as paper?		

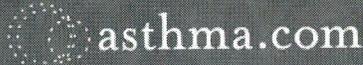
Detección de tuberculosis Tuberculosis Screening	Sí Yes	No No
¿Su niño/a nació en un país (aparte de los EE. UU.) con alto riesgo de tuberculosis? Was your child born in a country that is at high risk for tuberculosis (other than the US)?		
¿Ha viajado su niño/a fuera de los EE. UU.? En caso afirmativo, indique donde: _____ Has your child traveled outside the USA? If so, Where?		
¿Ha estado su niño/a cerca de alguien que haya estado en la cárcel o en un albergue? Has your child been around someone who has been in jail or a shelter?		
¿Ha estado su niño/a expuesto/a a alguien con tuberculosis o a alguien que se haya hecho una prueba de tuberculosis en la piel con resultados positivos? Has your child been exposed to anyone with TB or a positive TB skin test?		
¿Su niño/a se ha contagiado VIH? Is your child infected with HIV?		

Detección de uso de tabaco Tobacco Use Screening	Sí Yes	No No
¿Está su niño/a expuesto/a a humo de tabaco de segunda mano? Is your child exposed to second-hand tobacco smoke?		

Detección de salud dental Dental Screening	Sí Yes	No No
¿Los padres o tutor/es del niño/a van al dentista con regularidad? Does the Parent/Guardian of child see a dentist regularly?		
¿Alguno de los padres o tutores del niño/a tienen caries dentales o enfermedad de las encías? Does the Parent/Guardian of child have dental decay or gum disease?		

(Place Patient Identification Sticker Here)

Hambre – Anemia Hunger/Anemia	A menudo Often	A veces Sometimes	Nunca Never
<p>La alimentación de su niño, ¿contiene alimentos ricos en hierro tales como carne, huevos, cereales fortificados con hierro y frijoles? Does your child's diet include iron-rich foods such as meat, eggs, iron-fortified cereals and beans?</p>			
<p>Durante los últimos 12 meses nos preocupó que se nos fuera a acabar la comida antes de poder conseguir dinero para comprar más. Within the past 12 months, we worried whether our food would run out before we got money to buy more.</p>			
<p>Durante los últimos 12 meses la comida que compramos no nos alcanzó y no teníamos el dinero para comprar más. Within the past 12 months, the food we bought just did not last and we did not have money to get more.</p>			



Nombre del paciente: _____

Patient's Name: _____

Fecha de hoy: _____

Today's Date: _____

Prueba de control del asma de la infancia para niños/as de 4 a 11 años

Childhood Asthma Control Test for children

4 to 11 years

Conozca su puntaje.

Know your score.

Padre, madre o tutor: La prueba de control del asma de la infancia* es una forma de ayudar a su proveedor de atención médica a determinar si los síntomas del asma de su niño/a están debidamente controlados. Haga esta prueba con su niño/a (de 4 a 11 años). Comparta los resultados con el proveedor de atención médica de su niño/a.

Parent or Guardian: The Childhood Asthma Control Test* is a way to help your child's healthcare provider determine if your child's asthma symptoms are well controlled. Take this test with your child (ages 4 to 11). Share the results with your child's healthcare provider.

Paso 1: Deje que su niño/a conteste las primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4). Si su niño/a necesita ayuda, usted puede ayudar, pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta.

Step 1: Have your child answer the first four questions (1 to 4). If your child needs help, you may help, but let your child choose the answer.

Paso 2: Conteste las últimas tres preguntas (de la 5 a la 7) usted mismo. No permita que las respuestas de su niño/a afecten las suyas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Step 2: Answer the last three questions (5 to 7) on your own. Don't let your child's answers influence yours. There are no right or wrong answers.

Paso 3: Escriba el número de cada respuesta en la casilla de puntaje que se encuentra a la derecha.

Step 3: Write the number of each answer in the score box to the right.

Paso 4: Sume cada uno de los puntajes de las casillas para obtener el total.

Step 4: Add up each score box for the total.

Paso 5: Llévelo al proveedor de atención médica de su niño/a la prueba COMPLETADA para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

Step 5: Take the COMPLETED test to your child's healthcare provider to talk about your child's total score.

19
o menos
or less

SI EL PUNTAJE DE SU NIÑO/A ES 19 O MENOS, Es posible que los síntomas del asma de su niño/a no estén tan bien controlados como podrían estarlo. Sin importar el puntaje, llévele esta prueba al proveedor de atención médica de su niño/a para hablar sobre sus resultados.

IF YOUR CHILD'S SCORE IS 19 OR LESS, Your child's asthma symptoms may not be as well controlled as they could be. No matter what the score, bring this test to your child's healthcare provider to talk about your child's results.

NOTA: Si el puntaje de su niño/a es 12 o menos, es posible que su asma esté muy mal controlada. Póngase en contacto con el proveedor de atención médica de su niño/a de inmediato.

NOTE: If your child's score is 12 or less, his or her asthma may be very poorly controlled. Please contact your child's healthcare provider right away.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.
Have your child complete these questions.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?
How is your asthma today?

 0 Muy mala Very bad	 1 Mala Bad	 2 Buena Good	 3 Muy buena Very good
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?
How much of a problem is your asthma when you run, exercise or play sports?

 0 Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer. It's a big problem, I can't do what I want to do.	 1 Es un problema y no me gusta. It's a problem and I don't like it.	 2 Es un problema pequeño pero está bien. It's a little problem but it's okay.	 3 No es un problema. It's not a problem.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

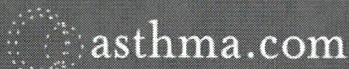
3. ¿Tienes tos debido a tu asma?
Do you cough because of your asthma?

 0 Sí, siempre. Yes, all of the time.	 1 Sí, la mayoría del tiempo. Yes, most of the time.	 2 Sí, parte del tiempo. Yes, some of the time.	 3 No, nunca. No, none of the time.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?
Do you wake up during the night because of your asthma?

 0 Sí, siempre. Yes, all of the time.	 1 Sí, la mayoría del tiempo. Yes, most of the time.	 2 Sí, parte del tiempo. Yes, some of the time.	 3 No, nunca. No, none of the time.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PUNTAJE
SCORE



Complete esta prueba si tiene 12 años o más.

Take this test if you are 12 years or older.

*Comparta los resultados con su proveedor de atención médica.
Share the score with your healthcare provider.*

Nombre: (Name) _____

Fecha de hoy: (Today's Date) _____

PRUEBA DE CONTROL DEL ASMA (ASTHMA CONTROL TEST™)

ASTHMA CONTROL TEST™

Conozca su puntaje.

Know your score.

La prueba de control del asma (Asthma Control Test™) proporciona un puntaje numérico para ayudarles a usted y a su proveedor de atención médica a determinar si sus síntomas del asma están debidamente controlados.

The Asthma Control Test™ provides a numerical score to help you and your healthcare provider determine if your asthma symptoms are well controlled.

Paso 1: Escriba el número de cada respuesta en la casilla de puntaje provista.

Step 1: Write the number of each answer in the score box provided.

Paso 2: Sume cada uno de los puntajes de las casillas para obtener el total.

Step 2: Add up each score box for the total.

Paso 3: Llévelo a su proveedor de atención médica la prueba completada para hablar sobre su puntaje.

Step 3: Take the completed test to your healthcare provider to talk about your score.

SI SU PUNTAJE ES 19 O MENOS, es posible que sus síntomas del asma no estén tan bien controlados como podrían estarlo.

IF YOUR SCORE IS 19 OR LESS, Your asthma symptoms may not be as well controlled as they could be.

Independientemente del puntaje, llévelo esta prueba a su proveedor de atención médica para hablar sobre los resultados. *NOTA: Si su puntaje es 15 o menos, es posible que su asma esté muy mal controlada. Póngase en contacto con su proveedor de atención médica de inmediato. Es posible que usted y su médico puedan hacer algo más para ayudar a controlar los síntomas del asma.*

No matter what the score, bring this test to your healthcare provider to talk about the results. *NOTE: If your score is 15 or less, your asthma may be very poorly controlled. Please contact your healthcare provider right away. There may be more you and your healthcare provider could do to help control your asthma symptoms.*

					PUNTAJE SCORE
<p>1. En las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuánto tiempo le ha impedido su <u>asma</u> hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa? In the <u>past 4 weeks</u>, how much of the time did your <u>asthma</u> keep you from getting as much done at work, school or at home?</p>				
Todo el tiempo [1] All of the time [1]	La mayoría del tiempo [2] Most of the time [2]	Algo del tiempo [3] Some of the time [3]	Un poco del tiempo [4] A Little of the time [4]	Nada del tiempo [5] None of the time [5]	
<p>2. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire? During the <u>past 4 weeks</u>, how often have you had shortness of breath?</p>				
Más de una vez por día [1] More than Once a day [1]	Una vez por día [2] Once a day [2]	De 3 a 6 veces por semana [3] 3 to 6 times a week [3]	Una o dos veces por semana [4] Once or twice a week [4]	Nunca [5] Not at all [5]	
<p>3. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana? During the <u>past 4 weeks</u>, how often did your asthma symptoms (wheezing, coughing, shortness of breath, chest tightness or pain) wake you up at night or earlier than usual in the morning?</p>				
4 o más noches por semana [1] 4 or more nights a week [1]	De 2 a 3 noches por semana [2] 2 to 3 nights a week [2]	Una vez por semana [3] Once a week [3]	Una o dos veces [4] Once or twice [4]	Nunca [5] Not at all [5]	
<p>4. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)? During the <u>past 4 weeks</u>, how often have you used your rescue inhaler or nebulizer medication (such as albuterol)?</p>				
3 o más veces por día [1] 3 or more times per day [1]	De 1 a 2 veces por día [2] 1 to 2 times per day [2]	De 2 a 3 veces por semana [3] 2 or 3 times per week [3]	Una vez por semana o menos [4] Once a week or less [4]	Nunca [5] Not at all [5]	
<p>5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas? How would you rate your asthma control during the past 4 weeks?</p>				
No controlada en absoluto [1] Not Controlled at All [1]	Mal controlada [2] Poorly Controlled [2]	Algo controlada [3] Somewhat Controlled [3]	Bien controlada [4] Well Controlled [4]	Completamente controlada [5] Completely Controlled [5]	

TOTAL:

Copyright 2002, por QualityMetric Incorporated.
Copyright 2002, by QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.

Este material fue desarrollado por GSK.
This material was developed by GSK.



©2017 Grupo de empresas GSK.
©2017 GSK group of companies.
Todos los derechos reservados. Producido en EE. UU. 816207R0 enero 2017
All rights reserved. Produced in USA. 816207R0 January 2017