

Le Bonheur en movimiento: Unidad Médica Móvil
Le Bonheur On the Move: Mobile Medical Unit
Consentimiento para evaluación y atención médica
Consent for Medical Examination and Care
De junio de 2016 a julio de 2017
June 2016 – July 2017 Year

Estimado padre/madre o tutor:

Dear Parent/Guardian,

Durante el periodo que se menciona arriba, su hijo tendrá la oportunidad de que un proveedor de 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 brinde atención a su hijo.

During the year as identified above, your child will have the opportunity to receive annual (or sports) physicals and medical care including sick visits provided by a 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 móvil 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 brindar la mejor atención a su hijo y facturarle a su proveedor de seguro, si fuera necesario.
Children will be seen on the mobile unit 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 una enfermera especializada certificados. 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 la enfermera especializada. 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 para 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, la Comunidad de salud y bienestar de Le Bonheur (*Le Bonheur Community Health and Well-Being*, 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 Community Health and Well-Being, 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.

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

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, 77 Stonebridge Boulevard, 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, 77 Stonebridge Boulevard, Jackson, TN 38305. More information may be obtained by calling Le Bonheur at 731-984-9961.

CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR AL TERCERO RESPONSABLE DEL PAGO (SEGURO)

CONSENT TO BILL THIRD PARTY PAYOR (INSURANCE)

Autorizo a University Le Bonheur Pediatric Specialists, Inc., al Hospital de niños Le Bonheur, a la Comunidad de salud y bienestar de 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 University Le Bonheur Pediatric Specialists, Inc., Le Bonheur Children's Hospital, Le Bonheur Community Health and Well-Being, 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 año de vigencia del consentimiento como se indicó 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 informar 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 consent year as 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:

731-984-9961 (línea directa)

731-984-9961 (Direct Line)

Firma del padre/de la madre o del tutor
Signature of Parent/Guardian

Fecha
Date

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) _____

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

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.
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#

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#

Preguntas sobre salud

Health Questions

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Child's Name Primer nombre (First) Segundo nombre (Middle) Apellido (Last) Age Sex: M F

Escuela: _____
School

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

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

Raza/grupo étnico del niño: Negro Hispano Blanco Otro:
Child's Race/Ethnicity Black Hispanic White Other:

Idioma principal que se habla en el hogar: Inglés Español Otro:
Primary Language Spoken at Home English Spanish Other:

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: Vive Falleció
Child's Mother: Living deceased

- Colesterol alto Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Diabetes Derrame cerebral
High Cholesterol High Blood Pressure Heart Disease Diabetes Stroke
- Enfermedad mental Cáncer Ataque cardíaco (menor de 55 años) Otras afecciones médicas: _____
Mental Illness Cancer Heart Attack (Under the Age of 55) Other Medical Conditions

¿Toma la madre medicamentos para el colesterol? Sí No
Does the mother take cholesterol medication? Yes No

Padre del niño: Vive Falleció
Child's Father: Living deceased

- Colesterol alto Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Diabetes Derrame cerebral
High Cholesterol High Blood Pressure Heart Disease Diabetes Stroke
- Enfermedad mental Cáncer Ataque cardíaco (menor de 55 años) Otras afecciones médicas: _____
Mental Illness Cancer Heart Attack (Under the Age of 55) Other Medical Conditions

¿Toma el padre medicamentos para el colesterol? Sí No
Does the father take cholesterol medication? Yes No

Abuelo del niño: Colesterol alto Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Diabetes Derrame cerebral
Child's Grandparent: High Cholesterol High Blood Pressure Heart Disease Diabetes Stroke

- Enfermedad mental Cáncer Ataque cardíaco (menor de 55 años) Otras afecciones médicas: _____
Mental Illness Cancer Heart Attack (Under the Age of 55) Other Medical Conditions

Historia clínica del niño (Por favor, marque todas las afecciones médicas que correspondan con respecto a su hijo).

Child's Medical History (please mark any of the following medical conditions that apply to your child)

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

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

¿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. **No toma medicamentos**
Please list all medications the child is currently taking. **No Medications**
Incluya todos los medicamentos con o sin receta.
Include all prescription and nonprescription medication.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Por favor, detalle las alergias que tiene su hijo. **No tiene alergias**
Please list any allergies your child has. **No Allergies**

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?

Le Bonheur Community Health
Cuestionario para padres/tutores
Parent/Guardian Questionnaire

Edades del nacimiento a 5 años
Ages Birth - 5 Years

Detección general del desarrollo

Nombre del menor: _____

Escuela del menor: _____

Responda a las siguientes preguntas y explique cualquier detalle que considere importante.

1. ¿Cree usted que su hijo oye bien?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió no, explique:
2. ¿Cree usted que su hijo habla como otros niños de su edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió no, explique:
3. ¿Puede usted entender la mayor parte de lo que dice su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió no, explique:
4. ¿Cree usted que su hijo camina, corre y trepa como otros niños de su edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió no, explique:
5. ¿Tiene el padre o la madre un historial familiar de sordera infantil o dificultades de audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique:
6. ¿Tiene usted alguna inquietud acerca de la vista de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique:
7. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico en los últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique:
8. ¿Le preocupa algo acerca de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, explique:

Síntomas pediátricos**Ages: 6-20 Years****Lista de verificación 17 (PSC-17) Pediatric Symptom, Checklist 17 (PSC-17)**

Nombre del menor: _____

Escuela del menor: _____

La salud emocional y 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.

Marque debajo de la frase que mejor describe a su hijo:

	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			
* Actúa como si lo impulsara un motor Acts as if driven by a motor			
● Molesta a los demás Teases others			
<input type="checkbox"/> 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?_

OFFICE USE ONLY

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

Si su hijo tiene asma, llene la siguiente sección:
Cuestionario para pacientes con asma
Questionnaire for Patients with Asthma

Nombre del menor: _____

Escuela del menor: _____

Responda las siguientes preguntas acerca de los síntomas asmáticos de su hijo:

<p>¿Una enfermera o doctor ha diagnosticado que su hijo padece asma? Has your child been diagnosed with asthma by a nurse practitioner or doctor? Si es así, cuándo: 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 usted que su hijo usa 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 de ejercicio o actividad 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 menores minor limitations <input type="checkbox"/> algunas limitaciones some limitations <input type="checkbox"/> extremadamente limitado extremely limited</p>
<p>¿Se le ha recetado a su hijo un medicamento para controlar el asma? Has your child been prescribed an asthma controller medication? (ej. Pulmocort, Singulair, Flovent, etc.) (ex. Pulmocort, Singulair, Flovent, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Usa su hijo el medicamento para controlar el asma? Si no es así, ¿por qué? Is your child using the asthma controller medication? If not, why? (ej. Pulmocort, Singulair, Flovent, etc.) (ex. Pulmocort, Singulair, Flovent, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No</p>
<p>¿Cuántas veces por semana usó su hijo un medicamento de rescate en las últimas 4 semanas? How many times per week did your child use a rescue medication in the past 4 weeks? (ej. Albuterol, inhalador, etc.) (ex. Albuterol, inhaler, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ≤ 2 días/semana ≤ 2 days/week <input type="checkbox"/> > 2 días/semana > 2 days/week <input type="checkbox"/> > 1 vez/día > 1 time/day</p>
<p>¿Con qué frecuencia tuvo el paciente síntomas de asma en el día en las últimas 4 semanas? How often did the patient have daytime asthma symptoms for the past 4 weeks?</p>	<p><input type="checkbox"/> ≤ 2 días/semana ≤ 2 days/week <input type="checkbox"/> > 2 días/semana > 2 days/week <input type="checkbox"/> diariamente daily <input type="checkbox"/> > 1 vez/día > 1 time/day</p>
<p>¿Con qué frecuencia estuvo el paciente despierto en la noche con síntomas de asma estas últimas 4 semanas? How often did the patient awake at night with asthma symptoms this past 4 weeks?</p>	<p><input type="checkbox"/> ≤ 2 noches/mes ≤ 2 nights/ month <input type="checkbox"/> 3-4 noches/mes 3-4 nights/month <input type="checkbox"/> > 1 noche/semana > 1 night/week <input type="checkbox"/> 7 noches/semana 7 nights/week</p>

<p>¿Cuántas veces en los últimos <u>12 meses</u> tuvo el paciente que tomar esteroides orales? How many times in the past <u>12 months</u> has the patient had to take oral steroids?</p>	
<p>¿Ha ido su hijo a consulta con un proveedor por síntomas de asma en los últimos <u>12 meses</u>? 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># de visitas: # of Visits:</p>
<p>¿Ha visitado su hijo la sala de urgencias por síntomas de asma en los últimos <u>12 meses</u>? 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># de visitas: # of Visits:</p>
<p>¿Ha perdido clases su hijo por síntomas de asma en los últimos <u>12 meses</u>? 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># de días: # of Days:</p>
<p>¿Ha sido hospitalizado su hijo por síntomas de asma en los últimos <u>12 meses</u>? 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># de veces: # of Times:</p>