



Paquete de bienvenida para pacientes nuevos  
Pediatría 0 a 5 años



ola!

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras clínicas de salud fueron fundadas en la creencia de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener un cuidado de salud de calidad superior que sea local, integral y que se tome el tiempo para abordar lo que a usted más le importa.

Su equipo de atención de la salud incluirá a los siguientes miembros:

Proveedor de atención primaria (PAP): Su PAP lo ayudará a pensar en las decisiones importantes de salud y puede conectarlo con otro miembro del equipo de atención para asegurarse de que reciba la mejor atención.

Asistente médico (AM): Su asistente médico a menudo será la primera persona con la que usted hable cuando tenga un problema de salud y trabajará en estrecha vinculación con su PAP para apoyar la atención continua tanto dentro como fuera de la clínica, según sea necesario.

Coordinador de atención de enfermeros titulados (RN): Su coordinador de RN lo ayudará a diseñar un plan de atención personalizada, que incluya la identificación de sus objetivos personales de salud, los próximos elementos de mantenimiento de la atención médica y la coordinación de su atención con los proveedores de atención interna y externa, incluido conectarle con importantes recursos de la comunidad.

Consultor de salud conductual (CSC): Nuestro consultor de salud conductual está disponible para ayudarlo con cualquier necesidad de salud mental, emocional o conductual que usted pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida y lidiar con la tristeza o la soledad, y con problemas en el hogar o en la escuela.

Se adjuntan nuestros formularios de inscripción de pacientes. Complete estos formularios según su mejor criterio. Se incluye un *Formulario de autorización de historia clínica*, que nos permite solicitar su historia clínica anterior antes de su primera visita. Le pedimos que complete este formulario y lo entregue en nuestra clínica lo antes posible. También deberá firmar un *Acuerdo sobre sustancias controladas* antes de la receta de sustancias controladas por parte de los proveedores de Orchid Health.

Para que podamos atenderlo mejor:

1. Preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora de su cita.
2. Traiga a su visita su tarjeta de seguro y su identificación.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando actualmente.
4. Si necesita cancelar o reprogramar su visita, por favor avísenos con 24 horas de anticipación.

Oakridge: Teléfono de la clínica: 541-782-8304

- Estamos en Highway 58, justo al lado de la farmacia.
- Nuestro horario de atención es: Lunes, martes y miércoles de 8 a. m. a 7 p. m., y jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para recibir asistencia fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de nuestra clínica principal.

Estacada: Teléfono de la clínica: 503-630-8550

- Estamos en el Campus de la Escuela Secundaria, a la derecha del colegio Estacada High School.
- Nuestro horario de atención es: Lunes y martes de 8 a. m. a 7 p. m., y miércoles jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Para recibir asistencia fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de nuestra clínica principal.

## FAQ - Preguntas frecuentes

### ¿Cómo pido una cita?

- La mayoría de la gente llama a nuestra oficina para programar una cita.
- También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del paciente.

### ¿Qué es el Portal del paciente?

- El Portal le permite enviar mensajes directamente a su proveedor, en lugar de llamar. También le permite ver los resultados de análisis de laboratorio y de estudios por imágenes apenas los recibimos.
- Puede encontrar el enlace al portal en nuestro sitio web: [www.orchidhealth.org](http://www.orchidhealth.org) (esquina superior derecha).
- Pida ayuda a cualquier miembro de nuestro personal. Podemos enviarle un enlace de correo electrónico o configurarlo cuando usted s presente.

### ¿Qué días y horas están abiertos?

- *Oakridge*: Lunes, martes y miércoles de 8 a 7, jueves y viernes de 8 a 5
- *Estacada*: Lunes y martes de 8 a 7, miércoles, jueves y viernes de 8 a 5

### ¿Qué pasa si necesito comunicarme con alguien después de que la oficina ha cerrado?

- ¡Es fácil! Use el mismo número de teléfono al que llama normalmente y espere la opción de comunicarse con nuestro servicio de enfermería fuera de horario.

### ¿Cómo repongo mis medicamentos recetados?

- El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirle que lo reabastezcan. Ellos se pondrán en contacto con nosotros directamente si es necesario.
- Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolverla por usted (o utilice el Portal del paciente).
- Toda receta de medicamento controlado debe administrarse durante una consulta (Esto incluiría medicamentos para el dolor y ciertos medicamentos para la ansiedad o para dormir, entre otros).

### ¿Puedo hacerme un análisis de sangre en Orchid?

- Sí, hacemos análisis de laboratorio para los pacientes que *se han registrado* con nosotros (incluso si los han indicado otros).

### ¿Hacen radiografías en Orchid?

- No, lamentablemente, en este momento no tenemos ninguna máquina de rayos X en ninguno de nuestros centros, pero podemos darle una orden para que haga su prueba en otro lugar.

### ¿Cómo puedo obtener mis resultados de análisis de laboratorio o de estudios de rayos X/imágenes?

- Si tiene una cita de seguimiento programada, su proveedor probablemente revise los resultados de sus estudios en ese momento, pero lo llamaremos si surge algo realmente importante para que nada se pase por alto.

### ¿Qué pasa si me preocupa pagar por mi consulta o por los análisis?

- No queremos que el dinero se interponga en el camino de su atención médica. Coméntenos

sus inquietudes.

- También puede consultarnos acerca de nuestro descuento por tarifa variable.

**¿Atienden niños? ¿Y bebés? ¿Y adultos mayores?**

- ¡Sí, sí y sí!

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ORCHID HEALTH**

(Escriba en letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

*Primer nombre - Segundo nombre - Apellido*

Nombre preferido/nombre con el que se identifica: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino / Femenino / Otro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

(mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

Primer padre/madre/tutor legal Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Vive con

el niño:  Sí  No

Segundo padre/madre/tutor legal Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Vive con

el niño:  Sí  No

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código pos \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ ¿Autoriza que le

enviemos mensajes de texto?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de comunicación preferido: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Raza: (Puede elegir más de uno si corresponde)  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático Nativo americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico 

Origen hispano o latino \_\_\_\_\_

Origen étnico:  No hispano/latino  hispano/latino  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de un contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

(Muestre su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente con el suscriptor:  Misma persona  Cónyuge  hijo/a

Otro

**Nombre del seguro secundario (si corresponde):** \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_ Número de grupo:

Nombre del SUScriptor: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente con el suscriptor:  Misma persona  Cónyuge  hijo/a  
 Otro

**PERSONA Responsable financieramente de facturas y pagos:**

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - MENORES**

La ley del Estado de Oregón requiere el consentimiento de un padre o tutor legal para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años de edad, excepto para la planificación familiar, los servicios de enfermedades de transmisión sexual y ciertos servicios de salud mental. Estatutos Revisados de Oregón 109.610, 109.640 y 109.675.

Entiendo que los siguientes tipos de servicios se ofrecen a través de Orchid Health:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos exámenes físicos para deportes
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones y tratamiento de lesiones menores
- Manejo de afecciones de salud crónicas
- Salud reproductiva apropiada para la edad
- Análisis de laboratorio de rutina, vacunaciones
- Medicamentos con receta
- Servicios de salud mental
- Derivación para servicios de atención médica no proporcionados por Orchid Health

He leído y entendido completamente la información anterior, he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no me queda clara. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Yo (padre/tutor legal) \_\_\_\_\_ doy permiso para que mi hijo/hija/hija,

\_\_\_\_\_  
, reciba atención médica en Orchid Health.

**Autorización de pago:**

Padre o tutor: Designo y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que sean pagaderos por los servicios que recibo, y también autorizo la divulgación de las historias clínicas necesarias para facilitar mi tratamiento, para procesar reclamos y según lo permitido o requerido en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo completamente que, en el caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, yo seré financieramente responsable por el pago.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Manifiesto que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en el sitio web de Orchid Health en los formularios para pacientes, está disponible en la clínica en el momento de registrarse y, por lo demás, está a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Manifiesto que he recibido los Derechos y responsabilidades del paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en el sitio web de Orchid Health en los formularios para pacientes, están disponibles en la clínica en el momento de registrarse y, por lo demás, están a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

**Consentimiento para tener acceso a los registros históricos de recetas y farmacias, y para comunicarse con las redes locales de hospitales para tener acceso a la Información de la historia clínica:** Autorizo la divulgación de mi información de salud histórica, ya que la información exacta es necesaria para la prestación de atención médica precisa y de calidad.

**Consentimiento para llamadas:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health relacionadas con mi atención médica protegida y otros servicios en los números de teléfono proporcionados al consultorio, incluyendo mi número de celular. Entiendo que es



posible que mi proveedor de telefonía móvil me cobre por dichas llamadas y que dichas llamadas puedan ser generadas por un sistema de marcación automática.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

---

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar información a terceros**

Sin autorización específica, **no** divulgaremos ninguna información médica a ninguna persona que no sea usted. En algunos casos usted puede desear que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su parentesco con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

**Doy permiso para divulgar la siguiente información a los individuos indicados a continuación:**

- Toda mi información médica generada o recibida por Orchid Health, incluyendo historias clínicas, manejo médico o de caso, facturación, pago, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, abuso de sustancias y tratamiento para problemas de alcohol y pruebas genéticas.
- Toda la información de salud **con excepción de:** salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, abuso de sustancias y tratamiento de alcohol y pruebas genéticas.

Nombre	Parentesco	Número de teléfono

**Permiso para que los no tutores den su consentimiento para el tratamiento médico del niño (si el paciente es menor de 15 años):**

- Autorizo que la(s) persona(s) arriba mencionada(s) preste(n) su consentimiento para el tratamiento en mi nombre y para que acompañe(n) a mi hijo/hija a sus citas médicas.

**Métodos de comunicación preferidos:**

Como nuestro paciente, es posible que tengamos que comunicarnos con usted fuera de nuestra clínica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indique si está bien o no dejar información médica (como los resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

**Teléfono particular:** \_\_\_\_\_

**Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_ Puede dejar solo números de devolución de llamada  
devolución de llamada

\_\_\_ Puede dejar solo números de

\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

**TÉRMINO:** Esta autorización tendrá vigencia por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) según se describe en el Aviso de prácticas de

privacidad de Orchid Health.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre anterior (si corresponde) \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_

F. N. \_\_\_\_\_

Núm. del S. S. \_\_\_\_\_

*Ciudad, Estado, Código postal*

Teléfono de contacto preferido \_\_\_\_\_

**Autorizo a que se divulgue información DE:** (en letra de imprenta)  
(preferiblemente por fax)

**Enviar mis registros A:**

Nombre de la clínica/médico: \_\_\_\_\_

**Orchid Health Wade Creek  
Oakridge**

**Orchid Health**

Dirección: \_\_\_\_\_

535 NE 6th Ave.

47815 Highway 58

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Estacada, OR 97023

Oakridge, OR 97463

Fax: (503) 630-8551

Fax: (541) 782-5823

Teléfono: (503) 630-8550

Teléfono: (541) 782-

8304

#### Propósito de la divulgación

Contratar un nuevo PAP  Compartir información de salud (de un consultor/especialista)  Uso personal  Legal

**Tipo de información que se divulgará** Marque con sus iniciales en **TODOS** los que corresponda

\_\_\_ Historia clínica **completa** \_\_\_ Incluir historia clínica de salud mental \_\_\_ Incluir registros confidenciales/VIH u otros

\_\_\_ Incluir registros relacionados con el tratamiento para problemas de drogas o alcohol: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

#### Esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma a continuación.

Entiendo que puedo cambiar de opinión sobre esta autorización en cualquier momento y avisar por escrito al proveedor de atención médica o a Orchid Health, pero que cualquier información que se haya transferido permanecerá en el Sistema de registro médico confidencial de Orchid Health.

También entiendo lo siguiente:

- No estoy obligado a firmar esta autorización y mi atención médica y el pago de la atención no se verán afectados por mi negativa.
- Las regulaciones federales de privacidad ya no se aplicarán a la información divulgada y Orchid Health puede volver a divulgar la información si es pertinente para la consulta o si solicito que transfieran mis registros a otro lugar.
- Se me permite recibir una copia de esta Autorización.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente:

### Historia clínica de paciente nuevo - Pediátrica 0 a 5 años

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Preocupaciones médicas actuales** (de lo que le gustaría hablar hoy):

**Indique las alergias que tenga su hijo/hija a los medicamentos:**

Nombre del medicamento                      Reacción

**Indique los medicamentos que su hijo/hija esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos herbales o vitaminas:**

Nombre del medicamento                      Dosis                      Instrucciones (con qué frecuencia lo toma)

**Vacunas (inyecciones)**

¿Sigue el programa de vacunación recomendado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades? No  Sí

Explique si está alterando el horario:

¿Su hijo/hija ha sido hospitalizado alguna vez? No  Sí  Si la respuesta es sí, explique a continuación:

**Marque con un círculo cualquier cirugía que su hijo/hija haya tenido:** Corazón • Oído • Amígdalas/Adenoides

• Apéndice • Circuncisión • Frenectomía (sujeción de la lengua) • Cirugía ocular • Reparación de hernias, tipo:

• Otro:

**Antecedentes prenatales y de nacimiento**

¿Recibió atención prenatal la madre de este niño? No  Sí

¿Hubo alguna enfermedad materna/complicaciones/infecciones durante el embarazo? No  Sí

Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ semanas

Tipo de parto: Vaginal - Cesárea planificada - Cesárea no planificada - Fórceps/Vacío

Motivo de la cesárea no planificada \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz ¿Alguna complicación con el parto? No  Sí

\_\_\_\_\_

¿Alguna complicación con el posparto de su hijo/hija? No  Sí  \_\_\_\_\_

Días que su hijo/hija pasó en el hospital: \_días

Prueba de audición: Aprobada- No aprobada - Desconocido





## ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

TDAH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de oído o de audición	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alergias/fiebre del heno	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Eczema	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	VIH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Complicaciones por anestesia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Migrañas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Transfusiones de sangre	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Reflujo/Enfermedad por reflujo gastroesofágico	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Convulsiones/epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Varicela	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (sarpullidos o lunares cambiantes)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales o problemas de deglución	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o de la conducta	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba de tuberculosis positiva	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de la visión o de los ojos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Infecciones del oído - Crónicas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Otros:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>

## ANTECEDENTES MÉDICOS SOCIALES

Responda las siguientes preguntas para que entendamos mejor cómo podemos ayudarlos a usted y a su familia. La información que usted proporcione será utilizada por su equipo de atención médica para diseñar un plan que ayude a mantener o mejorar la salud y bienestar suyos y de su familia en las áreas que usted elija.

¿Estado civil de los padres? \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda actual del menor?  Casa  Apartamento  Hogar de acogida  
 Se aloja temporalmente en un refugio o no tiene hogar  Otro

\_\_\_\_\_

¿Con quién vive el menor? (Marque todas las opciones que correspondan).  Madre  Padre  
 Padrastro/madrastra  Abuelo/a  
 Tía/Tío  Familia de acogida  Hermano(s)  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas con plagas, moho o falta de calefacción, agua u otros servicios públicos en el lugar donde vive?  
 Sí  No

En los últimos 12 meses, mi familia o yo estábamos preocupados de que se nos acabara la comida antes de que hubiera dinero para comprar más.  Ocurre a menudo  Ocurre a veces  Nunca ocurre

En los últimos 12 meses, la falta de transporte me ha impedido ir a las citas médicas o hacer las cosas necesarias para la vida diaria.  Ocurre a menudo  Ocurre a veces  Nunca ocurre

¿Asiste su hijo/hija a la guardería o al preescolar? Sí  No

### **Nutrición**

¿Su hijo/hija fue amamantado? Sí  No  Si la respuesta es sí, ¿durante cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

¿Alguna necesidad alimenticia especial (por ejemplo, sin gluten)? Sí  No  Si la respuesta es sí, especifique:

---

### **Seguridad**

¿Hay algún lugar donde usted sienta que usted o su hijo/hija no están seguros? Sí  No  Si la respuesta es sí, especifique:

---

¿Su casa está acondicionada para proteger la seguridad de los niños pequeños? Sí  No

¿Hay alguien en la casa que use drogas recreativas? Sí  No

¿Alguien fuma en casa (dentro o fuera)? Sí  No

Tipo de asiento para coche que utiliza su hijo/hija:  No usa asiento para coche  Arnés de 5 puntos  Orientado hacia atrás  Orientado hacia adelante  Elevador

¿Siente que necesita/quiere ayuda con sus habilidades como padre o madre? Sí  No

**¿Hay algo más que hayamos pasado por alto que usted crea que deberíamos saber sobre la salud de su hijo/hija?**

¡Gracias!