

REGISTRATION RECORD

Informacion Del Miembro

Nombre del paciente: Apellido	Nombre	Inicial	
Direccion: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono:	# De seguro social:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Informacion De Persona Responsable FECHA DE NACIMIENTO: S.S#:

Nombre de persona responsable: Apellido	Nombre	Inicial	
Relacion al paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Mismo			
Direccion: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono:			

Informacion Sobre Empleo:

Nombre de empleador:			
Direccion de empleador: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Numero de telefono de empleador:	Ocupacion:		

Servicios De Linguistica

Idioma principal:	Otra idioma:
Le ofrecieron servicios sobre interprete?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Acepto los servicios sobre interprete?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)</small>	
Servicios de interprete proveados por: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Otra persona <small>(si el interprete es otra persona, indique quien es)</small>	
Es el paciente sordo o mudo?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si es, indique cuales servicios le ofrecieron)</small>	

Informacion Sobre De Persona De Contacto En Caso De Emergencia

Nombre:	Relacion:
Numero de telefono:	Numero de mensaje:

Autorizacion

Yo doy autorizacion a los doctores de clinica _____ que administren los exámenes, tratamientos o medicamentos que el/ella vean necesarios o terapeutica para mis presente condicion(es). Tambien autorizo a la clinica _____ que provee informacion sobre de mi presente condicion(es) a agencias de aseguranza y le doy la autorizacion irrevocable a los doctores para que recivan compensacion por los servcios que me proveadon.	
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal:	Fecha:

Rahul Grover Inc.
8733 Beverly Blvd Suite 200
Los Angeles CA 90048

To Our Patients: This notice describes how health information about you (as a patient of this practice) may be used and disclosed, and how you can get access to your health information. This is required by the Privacy Regulations created as a result of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).
Our practice reserves the right to change this Notice in the future.

Our Commitment To Your Privacy:

Our practice is dedicated maintaining the privacy of your health information. We are required by law to maintain the confidentiality of your health information. We realize that these laws are complicated, but we must provide you with the following important information:

Use and Disclosure of Your Health Information in Certain Special Circumstances:

The following circumstances may require us to use or disclose your health information:

1. To the public authorities and health oversight agencies that are authorized by law to collect information
2. Lawsuits and similar proceedings in response to a court or administrator order.
3. If required to do so by a law enforcement official.
4. When necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or to the health and safety of another individual or to the public. We will only make disclosures to a person or organization able to help prevent the threat.
5. If you are a member of U.S. or foreign military forces (including veterans) and if required by the appropriate authorities.
6. To federal officials for intelligence and national security activities authorized by law.
7. To correctional institutions or law enforcement officials if you are an intimate or under the custody of a law enforcement official.
8. For Workers Compensation and similar programs.

Your Rights Regarding Your Health Information:

1. Communications. You can request that our practice communicate with you about your health and related issues in a particular manner or a certain location. For instance, you may ask that we contact you at home, rather than work. We will accommodate reasonable requests.
2. You can request a restriction in our use or disclosure of your health information for treatment, payment, or health care operations. Additionally, you have the right to request that we restrict our disclosure of your health information to only certain individuals involved in your care or to the payment for your care, such as family members and friends. We are not required to agree to your request; however, if we do agree, we are bound by our agreement except when otherwise required by law, in emergencies, or when the information is necessary to treat you.
3. You have the right to inspect and obtain a copy of the health information that may be used to make decisions about you, including patient medical records and billing records, but not including psychotherapy notes. You must submit your request in writing to Rahul Grover M.D.: Phone: (310) 625-3981.
4. You may ask to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete, and as long as the information is kept by or for our practice. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to Rahul Grover M.D. (310) 652-3981. You must provide us with a reason that supports your request for amendment.
5. Right to a copy of this notice. You are entitled to receive a copy of this Notice Of Privacy Practices. You may ask us to give you a copy of this Notice at any time. To obtain a copy of this notice contact our front desk receptionist.
6. Right to file a complaint. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our practice or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our practice contact Rahul Grover M.D. (310) 652-3981 All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized for filing a complaint.
7. Right to provide an authorization for other uses and disclosures. Our practice will obtain your written authorization for uses and disclosures that are not identified by this notice or permitted by applicable law.

If you have any questions regarding this notice or our health information privacy policies, please contact Rahul Grover M.D.: (310) 652-3981 for further information.

I hereby acknowledge that I have been presented with a copy of Rahul Grover M.D.- Pediatrics Notice of Privacy Practices.

Signature

Date

Name of Patient (Please Print)

Rahul Grover Inc.
8733 Beverly Blvd Suite 200
Los Angeles CA 90048

MEDICAL CONSENT FORM

This is to certify that I am the parent or guardian of

I authorize Rahul Grover M.D., Inc. or his representative to perform all necessary medical services provided by or on the advice of Dr. Grover and Associates, on the above mentioned child. This will continue in effect unless revoked in writing. Furthermore, it includes whenever Dr. Grover or Associates see the child whether any responsible person or I brings the child in, or if the child comes in by his or herself.

Signed by: _____

Relationship to Patient: _____ Date: _____

FINANCIAL POLICY AND INSURANCE AGREEMENT

It is understood that:

I am responsible for all payment due for medical services.

If covered by an insurance company, IPA, PPO, EPO, HMO or third party which has contracted with Rahul Grover M.D., Inc. then I am responsible for payment of any co-pays, deductibles, non-covered services, and for non-payment from the insurance company for any reason.

Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. We can bill your insurance company as a courtesy to you. However, we require that you provide us with correct information. If your insurance company has not paid your account in full within 60 days, we will attempt to re-bill a second time if needed. You have final responsibility for the cost of services rendered. Past due amounts must be paid in full before further services can be provided.

Full payment is expected at the time of service.

- We accept cash, Visa/MasterCard or checks for payment on accounts. Our Agreement with our IPA and insurance companies requires that we collect all deductibles, non-covered charges and co-payments.

There will be a \$25 fee for all returned checks.

I have read the Financial and Insurance agreement and understand and agree to this Financial and Insurance agreement.

Signature of Guarantor or Parent/Guardian Relationship Date

Rahui Grover, M.D.
 8733 Beverly Blvd #200
 Los Angeles, CA 90048

AGE: _____	BIRTHDATE: _____	SEX: _____	DATE: _____	REFERRAL SOURCE: _____			
PREGNANCY				LABOR AND DELIVERY			
Gravid _____ Para _____ Ab _____ Deaths _____ Prenatal Care: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Onset (Mo.) _____ Sec. _____ Problems: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, indicate below:				Site: _____ <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> C-Section <input type="checkbox"/> Complications Comments: _____ _____ _____ _____			
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"> <input type="checkbox"/> Swelling of Extremities <input type="checkbox"/> High BP <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Bleeding, Vaginal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Comments: _____ _____ _____ </td> <td style="width:50%; border:none;"> Rubella _____ Mantoux Positive _____ X-ray During Prog. _____ STD _____ Other _____ _____ _____ </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Swelling of Extremities <input type="checkbox"/> High BP <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Bleeding, Vaginal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Comments: _____ _____ _____	Rubella _____ Mantoux Positive _____ X-ray During Prog. _____ STD _____ Other _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Swelling of Extremities <input type="checkbox"/> High BP <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Bleeding, Vaginal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Comments: _____ _____ _____	Rubella _____ Mantoux Positive _____ X-ray During Prog. _____ STD _____ Other _____ _____ _____						
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center;">During pregnancy, any of the following?</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; border:none;"> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol Use <input type="checkbox"/> Prescription Drugs <input type="checkbox"/> Over-the-Counter Medications <input type="checkbox"/> Drug Abuse </td> <td style="width:50%; border:none;"></td> </tr> </table>				During pregnancy, any of the following?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol Use <input type="checkbox"/> Prescription Drugs <input type="checkbox"/> Over-the-Counter Medications <input type="checkbox"/> Drug Abuse	
During pregnancy, any of the following?							
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol Use <input type="checkbox"/> Prescription Drugs <input type="checkbox"/> Over-the-Counter Medications <input type="checkbox"/> Drug Abuse							
BIRTH	CHILDHOOD ILLNESSES/PROBLEMS		HAS THE CHILD HAD THE FOLLOWING?				
Date of Birth: _____ Gestation: (wks) _____ BW: _____ Ht: _____	Has this child had any illnesses/problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Anemia/Blood Diseases <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Developmental <input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat <input type="checkbox"/> Endocrine <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Genitourinary <input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Muscular/Skeletal <input type="checkbox"/> Nervous System <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Other Comments: _____ _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drug Allergy <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Serious Injury <input type="checkbox"/> Poisoning </td> <td style="width:50%; border:none;"></td> </tr> </table> Comments: _____ _____ _____		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drug Allergy <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Serious Injury <input type="checkbox"/> Poisoning		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drug Allergy <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Serious Injury <input type="checkbox"/> Poisoning							
PROBLEMS: FIRST MONTH	All Adolescents Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexually Active <input type="checkbox"/> Drugs/ETOH/Smoking <input type="checkbox"/> Problems: School/Family		Adolescent Female Menarche _____ LMP _____ Frequency _____ Duration _____ Pain _____				
FAMILY HISTORY			SOCIAL HISTORY (Optional)				
Present Age of Mother _____ Father _____ Number of Siblings (Live) _____ Family history of any serious illness/diseases? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, indicate relationship and describe under comments.			Where Does Family Live: <input type="checkbox"/> Apt <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Other _____ Child Lives With: <input type="checkbox"/> Both Parents <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other _____ Number of People Residing in Home _____ Parents Work? Father <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Mother <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Comments: _____ _____				
<input type="checkbox"/> Alcohol/Drugs <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Birth Defects <input type="checkbox"/> Blood Diseases <input type="checkbox"/> Other Comments: _____ _____							
<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Developmental Prob. <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy							
<input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Tuberculosis							
HISTORY GIVEN BY: _____			DATE: _____				
COMPLETED BY: _____			TITLE: _____				

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de someterse a arbitraje: Por el presente se acuerda que cualquier disputa referente a negligencia profesional, es decir, en lo que se refiera a si cualquiera de los servicios médicos efectuados bajo este acuerdo fueron innecesarios o no autorizados o fueron llevados a cabo, inadecuada, negligente o incompetentemente, se determinará por medio de un arbitraje en conformidad con las leyes de California y no por medio de un juicio o recurso a procedimiento de corte, con excepción de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje conforme a las leyes de California. Ambas participantes en este contrato, por el hecho de entrar a este contrato, están renunciando a sus derechos constitucionales que cualquiera disputa sea decidida en corte frente a un jurado, y, en su lugar, aceptan el uso de arbitraje.

Artículo 2: Todos los reclamos deben someterse a arbitraje: Es la intención de los participantes que por medio de este acuerdo sea obligatorio para todos aquellos cuyos reclamos surjan o estén vinculados con el tratamiento o los servicios prestados por el médico incluyendo a cualquier cónyuge o heredero del paciente y a cualquier hijo que haya nacido o no en el momento en que ocurrió el acontecimiento que dio lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" se referirá tanto a la madre como al bebé o los bebés que la madre espera.

Todos los reclamos por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite de la jurisdicción de la corte de reclamos de menor cuantía contra el médico, y los socios del médico, asociados, corporación o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero no limitándose, a reclamos por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, trastornos emocionales o daños punitivos. Que el médico haya entablado una acción judicial en cualquier corte con el fin de cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho de someter a arbitraje cualquier reclamo por negligencia médica. Sin embargo, al confirmar algún reclamo en contra del médico, toda disputa por honorarios, ya sea o no el tema de alguna acción judicial existente, también deberá resolverse mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable: Se requiere que todos los participantes sean notificados por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada uno de los participantes deberá escoger un árbitro (árbitro del participante) dentro de un plazo de treinta días y los árbitros nombrados por los participantes escogerán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro del plazo de treinta días después de la solicitud por un árbitro neutral de cualquiera de las dos partes. Cada participante del arbitraje deberá pagar su porción prorrateada correspondiente a los costos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos de arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para el beneficio propio del participante. Los participantes estipulan que los árbitros tendrán la inmunidad de un oficial judicial contra la responsabilidad civil mientras está actuando en la capacidad de árbitro bajo este contrato. Esta inmunidad suplementará y no reemplazará, cualquier otra ley, sea común o estatutaria, que se aplique.

Por medio de una petición escrita al árbitro neutral, cada uno de los participantes podrá ejercer un derecho absoluto de someter separadamente al arbitraje los asuntos de responsabilidad por daños y perjuicios.

Los participantes acceden a que toda persona o entidad que, de otra manera, sería una parte adicional oportuna en una acción judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervención o participación ocurra, toda acción jurídica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el momento del arbitraje.

Los participantes estipulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministran atención médica se aplicarán a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a las Secciones 340.5 y 666.7 del Código de Procedimientos civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier participante puede presentar a los árbitros una solicitud para una decisión sumaria o una adjudicación sumaria en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles. El proceso de descubrimiento será conducido en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles de California, Sección 1283.05, sin embargo, las deposiciones se pueden llevar a cabo sin antes tener el permiso del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacciones o circunstancias vinculadas deberán ser sometidos a arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciará al reclamo o este se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificación, el reclamo, en caso de ser parte de una acción civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar adelante el reclamo de arbitraje en conformidad con los procedimientos aquí descritos. Con respecto a cualquier otro asunto que no esté estipulado expresamente en el presente, el arbitraje se regirá por las disposiciones relativas a arbitraje del Código de Procedimientos Civiles de California.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede revocarse por medio de la notificación escrita entregada al médico dentro de un plazo de treinta (30) días de su firma y si no es revocado regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente. La intención de este acuerdo, es que se aplique a todos los servicios médicos efectuados en cualquier momento y por cualquier condición.

Artículo 6: Vigencia Retroactiva: Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia), el paciente deberá poner las iniciales de su nombre abajo.

Entra en vigencia en la fecha de los servicios médicos iniciales.

Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

En caso de que cualquiera de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarada inválida o imposible de cumplir, las disposiciones restantes quedarán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mi firma al pie de la página representa mi acuse de recibo de una copia del acuerdo.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIGENCIA MÉDICA A UNA DECISIÓN POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

POR: _____

Firma del Médico o Representante Autorizado Fecha (Fecha)

POR: _____

Firma del Paciente o Representante del Paciente (Fecha)

POR: _____

Nombre del Paciente en Letra de Molde

Nombre del Médico, Grupo Médico o Asociación en letra de molde o Sello

(Si es representante del paciente, nombre en Letra de Molde y relación al paciente.)

Una copia firmada de este documento debe entregarse al paciente. El original se archivará en los registros médicos del Paciente.

Evaluando el Riesgo de Poder Contraer "TB" (Tuberculosis)

* Sus hijos pueden tener un riesgo muy alto de poder contraer "TB" si contesta en informa afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas:	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /	Fecha / /				
1. Existe algun contacto cercano o algun miembro de la familia que haya sido declarado enfermo de TB o que se sospeche tener esta enfermedad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Cuando emigraron a este pais lo hicieron de Asia, Africa, America Central de Sudamerica? (en estas reginoes del mundo existe un porcentaje muy alto de este enfermedad)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Acaso usted (o su hijo/a) se encuentra viviendo temporalmente en un hogar o local sostenido por el gobierno o asistencia social?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Acaso usted (o su hijo/a) haya sido, diagnosticado(a) con algun tipo de infeccion como el sida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Acaso usted (o su hijo/a) haya sido declarado positivo con el examen del sida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Acaso usted (o su hijo/a) vive con adultos que hayan estado presos or cualquier motivo en los ultimos 5 anos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Acaso usted (o su hijo/a) vive o se asocia frecuentemente con personas que viven en las calles, que sean trabajadores temporales del campo, utilicen drogas ilicitas inyectables o que residan en asilos o en hospitals de convalescencia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

*Cualquier persona que tiene un alto riesgo de contraer /tb debe hacerse el examen de la tuberculosis cara año, (se les examina los 4 y 5 años y de los 13 a 16 años)

¡Recuerde que este examen es muy sencillo y pareciera que esta recibiendo una vacuan pero debe ser revisado por personal medico en un periodo de 2 a 3 dias, este proceso es muy importante y no debe olivarse, de otra manera el examen no tiene validez alguna!

Nombre: _____

Fecha: _____

CHILDHOOD LEAD POISONING EVALUATION QUESTIONNAIRE

The following questions are to be answered by the parents /guardians of children under 5 years of age.

1. Does your child live in or regularly visit a house or other location built before 1960 with peeling or chipped paint? (This can include a day care center, preschool, school, barn, home of a baby-sitter, relative, friend, etc.)

YES NO

2. Does your child live in or regularly visit a house built before 1978 with recent or ongoing renovation or remodeling?

YES NO

3. Does your child have a parent, brother, sister, housemate or playmate that is being treated or followed for lead poisoning?

YES NO

4. Does your child live with someone whose job or hobby involves exposure to Lead? (For example, painting, soldering, automobile battery manufacturing or recycling, vehicle radiator repair.)

YES NO

5. Does your child live near an active lead smelter or battery recycling plant or other Industry likely to release lead?

YES NO

PATIENT NAME

DATE

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE