

Cuestionario de Salud
(Confidencial)

Nombre Del Nino _____
 Fecha de nacimiento _____
 Nombre de padres _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Teléfono _____
 Proveedor de Salud (medico) _____
 Nombre /Ciudad _____

¿Cuando fue la ultima vez que su niño/a fue al medico? _____
 ¿Tarjeta medí-cal? SI No
 ¿Tiene su niño/a problemas medicas? SI No
 Si su repuesta es SI, describe _____

¿Esta en necesidad de asistencia para ayudar su familia con cubrimiento de salud? SI No
 ¿SI? describe brevemente sus necesidades. _____

Immunizaci0ns – ¿Tiene copia de la tarjeta de vacunas de su niño/a? SI No
 ¿Necesita vacuna/s su niño/a? SI No
 ¿Necesita su niño/a examinaci0n físi0? SI No

Al corriente	
Firma	
Fecha	