



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Relación con el niño: _____

Estimado padre:

Muchas familias con niños tienen la necesidad de recibir información o apoyo. Si usted lo desea, nuestro personal puede discutir estas necesidades con usted y trabajar con usted para encontrar recursos que puedan ser útiles. Revise las columnas de la izquierda para ver sobre qué temas le gustaría hablar.

La información que proporcione será confidencial.

Me gustaría hablar con el Personal acerca de:	Sí	No	Reunión con la familia Inicial / Fecha
Información acerca de las necesidades nutricionales y la dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información acerca de la lactancia (amamantamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información para ayudarlo a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Me gustaría hablar con el Trabajador Social acerca de:	Sí	No	Reunión con la familia Inicial / Fecha
Información acerca de servicios comunitarios que puedan estar disponibles para mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprender y copiar las necesidades especiales de mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información acerca de los problemas escolares / de apoyo educativo para mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estoy en una relación donde no es seguro volver a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Me gustaría hablar con el Especialista en Vida Infantil acerca de:	Sí	No	Reunión con la familia Inicial / Fecha
Información sobre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguridad con casco o cinturón de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguridad infantil o prevención de lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prevención de envenenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información acerca de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enseñarle a mi hijo acerca de las pruebas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayudar a mi hijo a superar las pruebas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enumere otros temas o proporcione cualquier otra información sobre la que le gustaría hablar

Iniciales	Firma	Iniciales	Firma	Iniciales	Firma