

ABC Pediatrics
3004 S W.S. Young Dr.
Killeen, TX 76542
P: 254-634-7337
F: 254-634-2592

Para convertirse en un nuevo paciente en ABC Pediatrics, todos los formularios de este paquete deberán completarse por completo. Los padres o tutores legales deben traer sus identificaciones con foto, junto con los registros de vacunas y las tarjetas de seguro para los niños. Si estamos solicitando información como registros de vacunas o visitas previas al consultorio, complete el formulario de divulgación de registros médicos al dorso de cada paquete con la información del médico anterior. Por lo general, podemos hacer que los pacientes ingresen el mismo día, dependiendo de la disponibilidad para lo que el paciente necesita ser atendido.

Cosas para traer con usted junto con el paquete de formularios completo para pacientes nuevos:

- Identificación del padre/madre o tutor legal
 - En caso de tutor legal: debemos tener la documentación de tutela legal adecuada
 - En caso de que el paciente este en el cuidado del estado: debemos tener la documentación de colocación adecuada.
- Tarjetas de seguro
 - Si no ha recibido su tarjeta, el número es suficiente hasta que lo reciba.
 - Asegúrese de que el proveedor de atención primaria (PCP) se muestre como el Dr. Manzoor Farooqi
- Record de vacunas
 - DEBEMOS tener record de vacunas antes de poder programar una cita
- Si se requiere una receta
 - Por favor traiga una lista de los medicamentos recetados actualmente o las botellas originales

Gracias por elegirnos como el principal cuidado para sus hijos.

Sinceramente
ABC Pediatrics

Reconocimiento de Revisión del Aviso de Practicas de Privacidad

He revisitado el Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica como mi información médica será usada y divulgada. Entiendo que es mi elección si quiero una copia de esta forma.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente, Padre o Madre o Guardián

Relación del padre/Madre o Guardián hacia el Paciente

Una copia de la notificación de prácticas de privacidad se encuentra disponible en nuestro sitio de web (http://abckilleen.com/bfd_download/nppesp/) para su referencia. Si desea conservar una copia de la notificación para sus documentos o si usted no tiene acceso a internet, puede quedarse con la copia que le hemos asignado a leer. Sin embargo, en el interés de conservar nuestros recursos como el papel, regrese el aviso si usted no necesita la copia.

ABC PEDIATRICS
3004 S WS YOUNG DRIVE
KILLEEN, TEXAS 76542
254-634-7337

De baja Inmediata por no cumplir con la cita

No cumplir a presentarse a las citas médicas ha ido en aumento notable. Obviamente esta acción irresponsable causa que nuestro equipo médico pierda el tiempo esperando a un paciente que no llega.

En esta clínica estamos sumamente ocupados y tenemos que programar el tiempo de nuestros proveedores en forma eficiente. Al no comparecer a su cita usted le está impidiendo la oportunidad a otro paciente que lo necesita, tal vez su propio hijo/a en otra ocasión.

Efectivo Julio 3, 2018, Dr. Farooqi y NP Davis darán de baja de su práctica cualquier paciente que tenga dos (2) citas sin venir o llamar para cancelar en un periodo de un año. También si eres paciente NUEVO y faltó a tu primera cita, estas automáticamente despedido de la clínica. También serán dados de baja los otros niños/as que estén bajo su cuidado.

Si por alguna razón no puede cumplir con su cita, tenga la bondad de notificarnos a tiempo para hacerle otra cita más conveniente para usted. Fuera de horas laborables puede llamar a nuestro teléfono automático (254-634-7337) y así evitar que se le dé de baja.

A usted se le notificara mediante una carta por correo postal de la acción tomada de darle de baja y también advirtiéndole que tampoco aceptaran en esta clínica otros niños/as que estén bajo su cuidado. Cuando haya seleccionado a otro pediatra, le enviaremos a su oficina copia del expediente médico, a su nombre.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las normas establecidas.

Firma

ABC PEDIATRICS
3004 South WS Young Drive
Killeen, Texas 76542
254-634-7337

Enero 21, 2019

Atención Padres/Madres

Si su hijo/hija requiere un referido, nosotros debemos de aparecer como el medico primario en su tarjeta de seguro médico. Si el seguro de su hijo/hija muestra otro proveedor, no podremos hacer ningún referido a otros especialistas. Esto incluye ortopedia, otorrinolaringología, terapias del habla, etc.

Si su seguro elige no pagar una visita a nuestro consultorio debido a que otro proveedor aparece en su seguro, usted será responsable de la factura de ese día.

Es la responsabilidad de los padres mantenerse al día sobre quien se muestra como el medico primario en el seguro de su hijo/hija y corregirlo al momento, nosotros no estamos autorizados para hacerlo por usted.

La mayoría de las aseguradoras requieren un referido de su proveedor primario de servicios médicos, para economizarte costos a usted. Se incluye a facilidades de servicios urgentes y otras facilidades que operan después de horas laborables y sin cita previa. Además, la mayoría de los beneficiarios solamente pueden recibir atención médica de emergencia, sin referido del médico primario, en facilidades que ofrecen servicios de emergencias las 24 horas.

El proveedor de turno de ABC Pediatrics se puede contactar llamando al número 254-634-7337, fuera de horas laborables. Favor de dejar un mensaje claro y conciso (que incluya: nombre del paciente, fecha de nacimiento, síntomas del paciente y el número de teléfono donde se le puede contactar). El proveedor de turno le contestara la llamada. Se advierte que llamadas bloqueados no se contestaran.

Nuestra clínica no somete Retro-referidos

Gracias,
ABC Pediatrics

Nombre de Nino

Firma de padre/madre

Fecha

ABC Pediatrics
Poliza para la Administracion de Vacunas

En ABC Pediatrics estamos dedicados a brindar la más alta calidad medica basada en evidencia a nuestros pacientes esto incluye de nuestra adhesión al calendario de vacunación recomendado por organizaciones nacionales como la American Academy of Pediatrics (AAP), la American Academy of Family Physician (AAFP), el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

Estas organizaciones y comités incluyen paneles de expertos en pediatría, así como en enfermedades infecciosas. El objetivo es eliminar o minimizar enfermedades graves que pueden ser prevenibles, promoviendo así la Buena salud a todos los niños estos expertos nacionales analizar con regularidad la información y la investigación enfermedades prevenibles por vacunación y analizar eventos adversos graves tras la administración de la vacuna. Esta información se utiliza para crear el mejor régimen para proteger a su hijo/a. Hay que ser conscientes de que hay vacunas que se utilizan en otros países que no se utilizan de forma rutinaria en los estados unidos para proteges a los niños de aun más enfermedades.

En ABC Pediatrics nos esforzamos por ofrecer la mayor calidad de atención, respetando los deseos de los padres. Si los padres del paciente desean alterar la agenda o detener todas las vacunas recomendadas, ABC Pediatrics considera que esta decisión no solo pone a su hijo/a en riesgo de enfermedades que son prevenibles y graves, pero también pone la salud de otras personas en peligro.

Por favor tome en cuenta que si usted desea un régimen alternativo o si usted tiene la intención de rechazar las vacunas, lo estará haciendo en contra de el consejo de ABC Pediatrics, el AAP, el AAFP y la ACIP. Creemos que esta decisión pone a su hijo en riesgo de enfermedades prevenibles con las vacunas y aumenta el riesgo de salud para los demás.

ABC Pediatrics respetuosamente declinara ser los Pediatras de sus hijo/a.

Firma del Padre o Madre

Fecha

ABC Pediatrics

Manzoor Farooqi MD Micah Davis FNP

Autorización para el tratamiento Medico do menores de edad

Si su menor de edad necesita servicio médico, dental o de hospitalización uno de los padres tiene que dar permiso. Es la Ley. Que sucede si usted no se puede contactar para dar el permiso? El menor puede recibir tratamiento sin el consentimiento del padre/madre cuando el médico determina que exista una emergencia. Una verdadera emergencia se define que el menor necesita atención médica de inmediato y el intento de localizar al padre/madre puede ocasionar en retraso que aumente el riesgo de su vida o su salud.

Algunas veces, sin embargo, el menor puede necesitar algún cuidado médico inesperado que no constituye un verdadera emergencia. En esos casos, los intentos para localizar a los padres pueden retrasar el tratamiento médico y causarle al menor mucha ansiedad innecesaria. Para aliviar el retraso del tratamiento médico, asegúrese que el proveedor del cuidado del menor conoce como comunicarse con usted a todas horas. En caso de que sea difícil conseguir contacto con usted, puede nombrar a un adulto que en su lugar pueda consentir para el tratamiento médico del menor.

Este documento le permita nombrar parientes, amigos, proveedores de cuidados, cualquiera de 18 años de edad o mayor, para consentir al tratamiento médico del menor. Favor de completar esta forma con los nombres del adulto/s autorizados a solicitar el tratamiento médico, copia del cual se mantendrá en el expediente médico del menor. Si el menor necesita tratamiento médico, el adulto designado debe presentar este documento al momento del tratamiento médico. Es muy importante preparar este documento de antemano para resolver cuando es imposible localizarlo a usted.

Nombre de los menores	Fecha de nacimiento	Alergias/Condiciones especiales
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo/nosotros siendo el padre/padres o el tutor/a del menor/menores arriba mencionado, aquí nombro/nombamos

Nombre	Dirección	Numero de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Para autorizar tratamiento inesperado medico, dental, quirúrgico y de hospitalización del menor/menores arriba mencionados durante mi periodo de ausencia, provistos por ABC Pediatrics

Firma del padre o del Tutor	Dirección	Numero de teléfono
-----------------------------	-----------	--------------------

Firma del testigo	Fecha
-------------------	-------

Seguro medico del menor/es arriba mencionado/s---favor de incluir el nombre de la compañía aseguradora y la información de la póliza

ABC Pediatrics
Patient Information Form
Por Favor Eseriba En Letra De Molde

Nombre de Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

SEXO: M F Edad: _____ Seguro Social: _____

Direccion de el Niño: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Codigo postal

Ethnicity: Hispano o Latino / No Hispano o Latino

Raza: American Indian o Alaskan Native / Asian / Negro / Blanco / Hawaiian Native o Pacific Islander

Nombre de Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Direccion de Madre: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Codigo postal

Idioma que habla _____ **Cellular:** _____ **Telefono en Casa:** _____

Empleo de Madre: _____ **Telefono en el Trabajo:** _____ **Email:** _____

Nombre de Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Direccion de Padre: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Codigo Postal

Idioma que habla _____ **Cellular:** _____ **Telefono en Casa:** _____

Empleo de Padre: _____ **Telefono en el Trabajo:** _____ **Email:** _____

(marque con un circulo)

Madrastra/Padraastro/Tutor Legal (se necesita documentacion oficial) **Especifique su relacion al nino** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Direccion: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Codigo Postal

Idioma que habla _____ **Cellular:** _____ **Telefono en Casa:** _____

Empleador: _____ **Telefono en el Trabajo:** _____ **Email:** _____

(marque con un circulo)

Madrastra/Padraastro/Tutor Legal (se necesita documentacion oficial) **Especifique su relacion al nino** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Direccion: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Codigo Postal

Idioma que habla _____ **Cellular:** _____ **Telefono en Casa:** _____

Empleador: _____ **Telefono en el Trabajo:** _____ **Email:** _____

ABC Pediatrics
Patient Information Form
Por Favor Escribe En Letra De Molde

Poliza Primaria: _____ **Numero de Poliza:** _____

Nombre de el Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento de el Asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ **Numero de Poliza:** _____

Nombre de el Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento de el Asegurado: _____

***** Mandar cobros a esta direccion:** _____

Restricciones: Favor de circular uno solamente

No Restricciones: Esta bien dejar un mensaje con la persona que conteste el telefono que usted dejo en esta forma o prefiere que le embiemos mensaje o una carta.

Restringido: Persona a Persona con mama/papa/o guardian solamente (No mensajes en la contestadora o en correo de voz

Numero de telefono preferido para informacion: _____ **Nombre de la persona:** _____

Metodo preferido de contacto para toda otra informacion ej: laboratorios o referidos

Nombres de otros niños vistos en nuestra clínica, comenzando con el mayor:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo, _____, entiendo que los doctores Alvarado, Blankenship y Farooqi no están en práctica común. Mantienen prácticas separadas y han acordado ver los pacientes del otro cuando se presenta la necesidad.

AVISO DE SU RESPONSABILIDAD FINANCIERO

Facturaremos su seguro médico para los servicios rendidos. Provea por favor la información completa sobre el seguro médico y cualquier portador adicional a nuestro personal para poder facturar la cuenta apropiadamente. Si se requiere un co-pago, usted debe pagar esta cantidad antes de que su niño vea al doctor. Cualquier seguro que le requiere que pague un porcentaje de la cuenta o resolver un deducible anual, requiere que nos pague directamente al cabo de la cita. Si su portador de seguro niega el pago de los servicios, usted es entonces responsable por costos de la visita. Si su niño tiene Medicaid, usted debe presentar la prueba de elegibilidad para que su niño se vea. Una tarjeta temporera de Medicaid será aceptada solamente si su niño esta enfermo y usted no tiene los documentos regulares de Medicaid. Sin embargo, no llamaremos el departamento de servicios humanos para verificar su elegibilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre En Letra De Molde: _____

Medical Records Release Form

I authorize _____ (individual or entity, hereinafter known as the "Organization") to release confidential health information by distributing a copy of medical records, or a summary or narrative of the protected health information to ABC Pediatrics.

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____
(Last Name, First Name, MI)

Please release the following health information:

Medical Chart Immunization Record Chart & Record Other (describe)

Limit the release of information subject to this Release Form as follows:

None One Time Use Only Limit As Indicated

The reason(s) for this release of information:

Moving Out of Area Transferring Care Locally Other (describe)

This authorization shall be in force and effective until the following event and/or date: _____

Disclosures

I understand that additional information about this Medical Release is available from the Organization and that I may obtain a copy of that information from them.

I understand that information disclosed because of this authorization may be divulged by the recipient to others and as such may no longer be protected by federal medical privacy regulations.

I understand that the Organization, and the recipient of the information, will not condition my treatment and payment on whether I provide authorization for the requested use or disclosure.

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending a written notification to the person listed below. I understand that a revocation is not effective to the extent that the Organization has relied on this authorization in its actions. Also, a revocation is not effective if this authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, as other law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy or the policy itself.

Releasing entity or person (the "Organization"):		
Name: _____		
Company: _____		
Street: _____		
City: _____	State: _____	Zip: _____
FAX: _____	Phone: _____	

Release the protected health information to:
Dr. _____
ABC Pediatrics
3004 South WS Young Drive
Killeen, Texas 76542
Phone: (254) 634-7337 FAX: (254) 634-2592

Signature of Patient or Personal Representative

Name of Patient or Personal Representative

Date

Relationship or Authority of Personal Representative



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (*ImmTrac2*)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

____/____/____

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Dirección del Niño(a), Calle

Ciudad

Nombre de la Madre

Segundo Nombre del Niño(a)

Apartamento #

____-____-____

Teléfono

Estado Código Postal Condado

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: _____
Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE / LA MADRE / GUARDIÁN

Nombre de Madre _____ Edad _____
Ocupación _____
Nombre de Padre _____ Edad _____
Ocupación _____

NOMBRE _____
CHART # _____
FECHA _____

¿Número de adultos en la casa que trabajan fuera del hogar? _____

¿Quen cuida al niño cuando usted no puede? _____

A. Embarazo y Nacimiento

1. ¿La edad de la madre cuando nació el niño? _____
2. ¿Tuvo alguna enfermedad la madre durante el embarazo? NO SI
3. ¿Ella tomó medicaciones con excepción de las vitaminas y del hierro? NO SI
4. ¿Nació el bebé a tiempo? SI NO
5. ¿Cuanto peso al nacer? _____
6. ¿Tuvo el bebé dificultad respirando al nacer? NO SI
7. ¿Tuvo el bebé alguna complicación mientras estuvo hospitalizado? NO SI
8. ¿Qué clase? _____

B. Historial Médico Pasado

1. ¿Donde ha ido su niño para los chequeos hasta este momento? _____
2. ¿Fecha del último examen médico? _____
3. ¿Fecha del último examen dental? _____
4. ¿Ha tenido su niño reacciones alérgicas a medicaciones, alimento, mordeduras del insecto? ¿Cuales? NO SI
5. ¿Hospitalizaciones con excepción para del nacimiento? ¿Para qué? NO SI
6. ¿Lesiones serias? ¿Qué clase? NO SI
7. ¿Qué medicaciones toma regularmente? _____

C. Antecedentes Familiares

1. ¿Están los padres del niño ambos en buena salud? NO SI
2. Circule cualquier enfermedad que los padres, los abuelos, los hermanos, las hermanas o las tías y los tíos de este niño hayan tenido: ¿la anemia, asma, alergias, tensión arterial alta, enfermedad del corazón, tuberculosis, enfermedad mental, problemas de la droga, problemas del alcohol, enfermedad hereditarias, enfermedad venérea, cáncer, SIDA, otro? _____
3. Enumere la edad, sexo y la salud general de los hermanos y las hermanas: _____
4. ¿Ha muerto hijo suyo? NO SI

D. Alimentación y Nutrición

1. ¿Es el apetito del niño generalmente bueno? SI NO
2. ¿Es bueno ahora? SI NO
3. ¿Hubo problema de alimentación o cólico severo durante los primeros 3 meses? NO SI
4. ¿Alimentos que no tolera el niño? NO SI
5. ¿En los primeros 6 meses, tomo biberón? ¿Formula or leche materna? _____
6. ¿Si esta tomando fórmula, cual usa? _____
7. ¿Toma vitaminas? NO SI

E. Revisión de Sistemas

1. ¿Ha tenido su niño infecciones frecuentes del oído? NO SI
2. ¿Problemas del ojo? NO SI
3. ¿Ha tenido problemas con los dientes? NO SI
4. ¿Tiene resfriados o dolor de o gargantas frecuentes? NO SI
5. ¿Hay asma, pulmonía, o tos recurrente? NO SI
6. ¿Tiene un soplo cardíaco o problemas del corazón? NO SI
7. ¿Problemas orinando? NO SI
8. ¿Problemas con diarrea o estreñimiento? NO SI
9. ¿Ha habido convulsiones u otros problemas con el sistema nervioso? NO SI
10. ¿Eczema, urticarias, u otras condiciones de la piel? NO SI
11. ¿Ha sido anémico? NO SI
12. Enumere por favor cualquier otro problema médico: _____

F. Desarrollo / Comportamiento

1. ¿A qué edad se sentó solo su niño? _____
2. ¿A qué edad caminó solo? _____
3. ¿Estaba diciendo palabras al año y medio de edad? SI NO
4. ¿Cómo compara el niño con otros de su edad? _____
5. ¿Tiene dificultad durmiendo? NO SI
6. ¿En qué grado esta? _____
7. ¿Ha tenido problemas en la escuela? NO SI
8. ¿Se lleva bien con otros niños? SI NO
9. Ha tenido su niño cualquiera de las siguientes: morder unas, chuparse el dedo, orinar la cama, problemas con el entrenamiento para usar el toilet, mal caracter hiperactivo, pesadillas, problemas con el habla, problemas con disciplina, otros: _____

G. Seguridad / Ambiente

1. ¿Usted vive en una casa privada, apartamento, hogar móvil, otro? (círcule uno)
2. ¿Usted sabe la temperatura más caliente del agua en sus pipas? SI NO
3. ¿Hay un alarma de humo en cada piso en la casa? SI NO
4. ¿Su niño utiliza siempre una correa del coche / asiento de seguridad al montar en un coche? SI NO
5. ¿Hay fumadores en la casa? SI NO
6. ¿Hay problemas con la condición de su hogar? ¿(Pelando la pintura, insectos, ratas o ratones)? SI NO
7. ¿Usa su niño siempre un casco al montar su bicicleta? SI NO
8. ¿TIENE USTED UN EXPEDIENTE DE INMUNIZACIONES? SI NO