



Enticare

NEW PATIENT PACKET

REASON FOR TODAY'S VISIT checkup

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

DATE: 1-08-23

FECHA

RELATIONSHIP TO PATIENT: Brother

RELACIÓN CON EL PACIENTE

LEGAL GUARDIAN: No

GUARDIÁN LEGAL

PATIENT INFORMATION:

INFORMACION DEL PACIENTE

Patient Name: Taloot

Nombre del paciente

DOB 2023-08-02

Fecha de nacimiento

Age: 25

Edad

Sex: ☒ Male ☐ Female

Sexo

Hombre Mujer

Marital Status:

Soltero

☒ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Other

Mailing Address: -

Dirección de envío

City: -

Ciudad

State: -

Estado

Zip -

Código Postal

Other Address: -

Otra dirección

City: -

Ciudad

State: -

Estado

Zip -

Código Postal

Home Phone: -

Teléfono de casa

Cell Phone: -

Teléfono móvil

Work Phone: -

Teléfono de trabajo

Preferred method for appointment reminders (check all that apply):

Metodo preferido para recordatorios de citas

☒ Home Phone ☐ Cell Phone ☒ Text

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Texto

☒ Email

Correo electronico

Email (print clearly): -

Correo Electronico (imprima claramente)

Pharmacy Name & City: -

Nombre de farmacia y ciudad

Cross Street: -

Calles que cruzan

Phone: -

Teléfono

REFERRAL INFORMATION:

INFORMACION REFERENCIAL

Referring Facility: -

Oficina de referencia

Referring Provider Full Name: -

Nombre completo dl proveedor de referencia

Primary Care Physician Full Name: -

Nombre completo del medico de atencion primaria

☒ Self Pay

Sin Seguro

Responsible Party/Guardian (if patient is a minor): -

Persona responsable (Si el paciente es menor de edad)

Address / Location: -

Nombre del paciente

Phone: -

Teléfono

Phone: -

Teléfono

Phone: -

Teléfono

Primary Insurance Detail

Seguro Primario

PRIMARY INSURANCE CO: -

Seguro Primario

Policy Holder Name: -

Nombre del titular de la póliza

Relationship to Patient: -

Relación con el paciente

Secondary Insurance Detail

Seguro Secundario

SECONDARY INSURANCE CO: -

Seguro Primario

Policy Holder Name: -

Nombre del titular de la póliza

Phone: -

Teléfono

Group #: -

Número de grupo

DOB

Fecha de nacimiento

Phone: -

Teléfono

Group #: -

Número de grupo

Relationship to Patient: -

DOB -

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento

Federal Privacy Standards require the following information

Los Estándares Federales de Privacidad requieren la siguiente información

Race

Raza

☒ White

☒ Hispanic

☒ Asian

☒ African American

☒ American Indian / Alaskan Native

☒ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

☒ Other Race

Blanco

Hispanico

Asiático

Afro Americano

ndio Americano / Nativo de Alaska

Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico

Otra raza

☒ Unreported / Refused to Report

No informado / rechazado a informar

Ethnicity

Etnicidad

☒ Hispanic or Latino

☒ Not Hispanic or Latino

☒ Refused to Report

Hispanico o Latino

No Hispanico o Latino

Rechazado a informar

Preferred Language:

Idioma preferido

☒ English

☒ Spanish

☒ Other

Inglés

Español

Otro

HIPAA APPROVED CONTACTS:

CONTACTOS APROBADOS POR HIPAAA

- Please list the individuals you give permission to have access to and discuss your protected health information.
Enumere las personas a las que les da permiso para tener acceso y discuta su información de salud protegida.
- Write 'NONE' if there are no authorized individuals.
Escriba 'NINGUNO' si no hay personas autorizadas

Name:

Nombre

DOB:

Fecha de nacimiento

Phone:

Numero de Telefono

Relation to patient:

Relación

Name:

Nombre

DOB:

Fecha de nacimiento

Phone:

Numero de Telefono

Relation to patient:

Relación

EMERGENCY CONTACT (REQUIRED):

CONTACTO DE EMERGENCIA (REQUERIDO)

Name:

Nombre

DOB:

Fecha de nacimiento

Phone:

Numero de Telefono

Relation to patient:

Relación

What is your Weight?

¿Cuál es su altura?

What is your Height?

¿Cuál es su altura?

MEDICATIONS

MEDICAMENTOS

• Please list all the medications you are taking, including supplements (attach list as needed).

Escriba todos los medicamentos que está tomando, incluidos los suplementos. (adjunte a lista según sea necesario)

ALLERGIES

ALERGIAS

Are you allergic to:

¿Eres alérgico a

• Please list any medications you are allergic to and how each affects you.

Escriba todos los medicamentos que está tomando, incluidos los suplementos. (adjunte a lista según sea necesario)

SURGERY HISTORY

HISTORIA DE CIRUGÍA

Have you ever had problems with anesthesia?

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia?

Please explain:

Por favor explique

PROCEDURE	DATE (MO/YR)

FAMILY HISTORY

HISTORIA FAMILIAR

Please list any family history of your Father, Mother, Siblings, Children and Grandparents

Escriba todos los medicamentos que está tomando, incluidos los suplementos. (adjunte a lista según sea necesario)

CONDITION CONDICIÓN	RELATIONSHIP RELACIÓN
Problems with anesthesia Problemas con la anestesia	
Thyroid disease Enfermedad de la tiroides	
Thyroid cancer Cáncer de tiroides	
Throat cancer Cáncer de garganta	
Other cancer Otro tipo de cáncer	
Early hearing loss Pérdida temprana de la audición	
Heart disease Enfermedad cardíaca	
High blood pressure Presión arterial alta	
Diabetes Diabetes	
Stroke Accidente cerebrovascular	
Asthma Asma	
Kidney problems Problemas renales	
Bleeding / Clotting problems Problemas de sangrado / coagulación	
Other Otro	

SOCIAL HISTORY:

HISTORIA SOCIAL

Are you a: Non Smoker Former Smoker Current Smoker

If "Former Smoker"

Si 'Ex fumador'

How long did you smoke?

¿Cuánto tiempo fumaste?

When did you quit?

¿Cuánto tiempo fumaste?

If "Current Smoker"

Si 'Fumador actual'

How many packs per day do you smoke?

¿Cuántos paquetes al día fumas?

How long have you smoked?

¿Cuántos tiempo has fumado?

Are you interested in quitting?

¿Estás interesado en dejar de fumar?

Do you drink?

¿Bebes alcohol?

If 'Yes': How often do you drink?

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebes?

RECREATIONAL DRUG USE:

USO RECREATIVO DE DROGAS

Never Previous Current

Drugs

Droga

Last Used:

Utilizado por última vez

Female Patients Only

Solo pacientes femeninos

Are you now or is there a chance that you are pregnant?

¿Está usted ahora o existe la posibilidad de que esté embarazada?

Si ☒ Yes ☐ No

No

MEDICAL HISTORY:ALL PATIENTS

HISTORIAL MÉDICO: TODOS LOS PACIENTES

Have you ever been **DIAGNOSED** with any of the following conditions?

¿Alguna vez ha sido DIAGNOSTICO con alguna de las siguientes condiciones?

Acid reflux (GERD) Reflujo ácido (ERGE)	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Anemia Anemia	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Asthma Asma	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Atrial fibrillation Fibrilación auricular	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Bronchitis, chronic Bronquitis crónica	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Cancer, breast Cáncer de mama	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Cancer, lung Cáncer de pulmón	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Cancer, prostate Cáncer de próstata	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Cancer, skin Cáncer de piel	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Cancer, thyroid Cáncer de tiroides	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Cataracts Cataratas	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Congestive heart failure Insuficiencia cardíaca congestiva	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Deep vein thrombosis (DVT) Trombosis venosa profunda	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Dementia Demencia	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Depression Depresión	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Diabetes mellitus Diabetes mellitus	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Elevated cholesterol Colesterol elevado	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Emphysema (COPD) Enfisema	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Environmental allergies Alergias ambientales	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Epilepsy Epilepsia	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Gastric ulcer Úlcera gástrica	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Glaucoma Glaucoma	<div><div>Y</div><div>Yes</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>

Heart attack or cardiac stents Ataque al corazón	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Hemophilia Hemofilia	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Hepatitis B Hepatitis B	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Hepatitis C Hepatitis C	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
HIV / AIDS VIH / SIDA	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Hypertension Hipertensión	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Migraine headaches Migrañas	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Multiple sclerosis Esclerosis múltiple	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Parkinson’s disease Enfermedad de Parkinson	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Renal failure Insuficiencia renal	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Pulmonary embolism (PE) Embolia Pulmonar	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Sleep apnea Apnea del sueño	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Rheumatoid arthritis Artritis Reumatoide	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Stroke Accidente cerebrovascular medico	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Others Otro	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>

REVIEW OF SYMPTOMS:

¿REVISIÓN DE SÍNTOMAS?
Do you **NOW** have any of the following symptoms?
¿AHORA tiene alguno de los siguientes síntomas?

Fatigue Fatiga	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Fever Fiebre	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Headache Dolor de cabeza	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Sleep disturbance Trastornos del sueño	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Weight gain Aumento de peso	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Weight loss Pérdida de peso	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>
Congestion Congestión	<div><div>Y</div><div>Si</div></div> <div><div>N</div><div>No</div></div>

Sneezing Estornudos

☒ Yes
☐ No

Runny nose Secreción nasal

☒ Yes
☐ No

Watery eyes Ojos llorosos

☒ Yes
☐ No

Blurred vision Visión borrosa

☒ Yes
☐ No

Diminished visual acuity Disminución de la agudeza visual

☒ Yes
☐ No

Itching and redness Picazón y enrojecimiento

☒ Yes
☐ No

Decreased hearing Disminución de la audición

☒ Yes
☐ No

Decreased sense of smell Disminución del sentido del olfato

☒ Yes
☐ No

Difficulty swallowing Dificultad al tragar

☒ Yes
☐ No

Dry mouth Boca seca

☒ Yes
☐ No

Ear pain Dolor de oído

☒ Yes
☐ No

Nose bleed Sangrado de nariz

☒ Yes
☐ No

Ringing in ears Zumbido en los oídos

☒ Yes
☐ No

Sinus pain Dolor de senos nasales

☒ Yes
☐ No

Sore throat Dolor de garganta

☒ Yes
☐ No

Swollen glands Glándulas inflamadas

☒ Yes
☐ No

Cough Tos

☒ Yes
☐ No

Shortness of breath at rest Dificultad para respirar en reposo

☒ Yes
☐ No

Wheezing Sibilancias

☒ Yes
☐ No

Irregular heartbeat Latidos irregulares

☒ Yes
☐ No

Diarrhea Diarrea

☒ Yes
☐ No

Heartburn Acidez estomacal

☒ Yes
☐ No

Nausea Náuseas

☒ Yes
☐ No

Vomiting Vómitos

☒ Yes
☐ No

Easy bruising Fácil aparición de hematomas

☒ Yes
☐ No

Prolonged bleeding Sangrado prolongado

☒ Yes
☐ No

Joint stiffness Rigidez en las articulaciones

☒ Yes
☐ No

Leg cramps Calambres en las piernas

☒ Yes
☐ No

Muscle aches Dolores musculares

☒ Yes
☐ No

Eczema Eczema

☒ Yes
☐ No

Hives Urticaria

☒ Yes
☐ No

Rash Erupción

☒ Yes
☐ No

Dizziness Mareos

☒ Yes
☐ Si

Seizures Convulsiones

☒ No
☐ No

Tremors Temblores

☒ Yes
☐ Si

☒ No
☐ No

☒ Yes
☐ Si

☒ No
☐ No

EUSTACHIAN TUBE
DYSFUNCTION

DISFUNCION DEL TUBO EUSTACHIANO

During the last month, how much of a problem was each of the following:

Durante el ultimo mes, que tan problematico fue cada uno de los

0 = no problem | 2 = moderate problem | 5 = very severe

0 = no hay problema 2 = problema moderato 5 = muy severo

Pressure in the ears <i>Presión en los oídos</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Pain in the ears <i>Dolor en los oídos</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Ears feel clogged or underwater <i>Las orejas se sienten obstuidas o bajo el agua</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Ear problems when you have a cold or sinusitis <i>Problemas de oído cuando tiene un resfriado o sinusitis</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Crackling or popping sounds <i>Sonidos de crujidos o estallidos</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Ringling in the ears <i>Zumbido en los oídos</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Muffled feeling in ears <i>Sensación amortiguada en los oídos</i>	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4

Total Score
Puntuación total

+ 7 = Mean Item
Score

+ 7 = Puntuación de
elementos medios

Are these
symptoms in :
*¿Son estos sintomas en
el oído*

☒ Left ear
only

☒ Right ear
only

☒ Both
ears

THE EPWORTH SLEEPINESS SCALE

LA ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH

- How likely are you to doze off or fall asleep in the following scenarios in contrast to just feeling tired?
¿Qué posibilidades hay de que se duerma en los siguientes escenarios en contraste con solo sentirte cansado?
- Even if have not done some of these thing recently, try to work out how they would have affected you.
¿Qué posibilidades hay de que se duerma en los siguientes escenarios en contraste con solo sentirte cansado?
- Use the scale to choose the most appropriate number for each situation and circle the correct one.
Use la escala para elegir el número más apropiado para cada situación y circule el correcto

- 0 = Would Never Doze *Nunca duerme*
1 = Slight Chance of Dozing *Poca probabilidad de quedarse dormido*
2 = Moderate Chance of Dozing *Posibilidad moderada de dormirse*
3 = High Chance of Dozing *Alta probabilidad de dormirse*

Perforated eardrum	<input checked="" type="radio"/> Yes
	<input checked="" type="radio"/> No

SCENARIO ESCENARIO	CHANCE OF DOZING PROBABILIDAD DE DORMIRSE
Sitting and reading	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Watching television	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Sitting inactive in public place, e.g. ,theater or meeting	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
As a passenger in a car for an hour without a break	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Lying down to rest in the afternoon	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Sitting and talking to someone	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
Sitting quietly after lunch without alcohol	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4
In a car, while stopped in a few minutes of traffic	<input checked="" type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4

HEARING HISTORY QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE HISTORIA AUDITIVA

Please circle the appropriate response for each symptom.
Por favor circule la respuesta apropiada para cada síntoma

Ringing or other sounds in ears	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Chronic ear infections	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Earwax build up	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Fullness in ears	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Pressure in ears	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No

Family history of hearing loss	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Exposed to loud noises	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Trauma to head	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Dizziness or vertigo	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No
Sinus or allergy problems	<input checked="" type="radio"/> Yes Yes	<input checked="" type="radio"/> No No

Have you had a hearing test?	<div><div><div>Y</div><div>Yes</div></div><div><div>N</div><div>No</div></div></div>
Have you had ear surgery?	<div><div><div>Y</div><div>Yes</div></div><div><div>N</div><div>No</div></div></div>

ALLERGY HISTORY QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE ALERGIAS

How long have you had allergy symptoms? <i>¿Cuánto tiempo ha tenido síntomas de alergia?</i>	<div></div>
Year-round or seasonal? <i>¿Durante todo el año o estacional?</i>	<div></div>
Have you been allergy tested before? <i>¿Se ha realizado pruebas de alergia antes?</i>	<div></div>
If yes, did you receive immunotherapy? <i>Si es así, ¿recibió inmunoterapia?</i>	<div></div>
Are you exposed to fumes, chemicals or dust at work? <i>¿Está expuesto a humos, productos químicos o polvo en el trabajo?</i>	<div></div>

What prescription medication have you tried for allergies? For how long?
¿Qué medicamentos recetados has probado para las alergias?

PRESCRIPTION <i>MEDICAMENTO</i>	FOR HOW LONG <i>POR CUANTO TIEMPO</i>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>
	<div></div>

Please circle the appropriate number 1-5 according to severity:
Por favor circule el número apropiado 1-5 de acuerdo a la severidad:
0 = no problem | 1 = mild | 5 = very severe
0 = No hay problema | 1 = leve | 5 = muy severo

Nasal discharge <i>Secreción nasal</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Nasal obstruction <i>Obstrucción nasal</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Watery or itchy eyes <i>Ojos llorosos o con picazón</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Sneezing <i>Estornudos</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Wheezing <i>Resollar</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Cough <i>Tos</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Itching <i>Comezón</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Eczema <i>Eczema</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Hives <i>Ronchas</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Headache <i>Dolor de cabeza</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Chronic fatigue <i>Fatiga cronica</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Food intolerance <i>Intolerancia a la comida</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>
Frequent sinus or ear infections <i>Frecuentes infecciones de los senositis o de los oído</i>	<div><div>0</div>0<div>1</div>1<div>2</div>2<div>3</div>3<div>4</div>4</div>

<div>Frequent colds or sore throats</div> <div>Resfriados frecuentes o dolor de garganta</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>
<div>Learning disability</div> <div>Discapacidad de aprendizaje</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>
<div>Poor memory or concentration</div> <div>Mala memoria o concentración</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>
<div>Hyperactivity</div> <div>Hiperactividad</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>
<div>Abdominal gas or cramping</div> <div>Gases abdominales o calambres</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>
<div>Arthritis or muscle aching</div> <div>Artritis o dolor muscular</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>
<div>Asthma</div> <div>Asma</div>	<div><div>00</div><div>11</div><div>22</div><div>33</div></div> <div><div>44</div></div>