PROVIDERS
Please affix Patient ID sticker and complete the green areas. Parent completes yellow area. Tear off top copy of Rx slip at perforation and give to parent. Return form to Injury Free Atlanta.

PADRES
Por favor, conteste las preguntas en las áreas **amarillas** y devuelva la forma a la persona que se la entregó. A usted se le dará una receta para un asiento de coche gratis para su niño.

Injury Free Coalition for Kids® Atlanta
.injuryfree.org

R_X- Receta para el asiento de coche

Grady Health System

Today's date: _____
Fecha de hoy
Provider's Name _____
and *Nombre del proveedor y*
Department or Clinic: _____
Departamento o clínica
Phone Number: _____
Circle provider type: *Circule el tipo de proveedor*
Physician *Médico* Social Worker *Trabajador social* Health Educator *Educador de salud*
Nurse *Enfermero* Other (write in) *Otro* _____
Signature _____
Firma
Child's Name: _____
Nombre del niño(a)

Child's Measurement

Medidas del niño(a)
Height *Estatura*

PADRES
Para obtener el asiento gratis, llame al **404-616-3061**. Su número de receta es
R_XA0005

Patient ID Sticker

1. Su nombre:

2. Mejor número de teléfono para conseguirle:

3. Código postal de la dirección del niño(a):

4. ¿El niño vive con usted?
Si No

5. Circule su relación con este niño(a): Madre Abuela Padre Abuelo Otro (escriba la relación):

6. ¿Cuántos años tiene?

7. ¿Cuántas personas viven con el niño(a)? Adultos:_____ Niños ___

8. Escriba la edad de los niños: _____ _____ _____ _____ _____

9. Raza del niño (escoja todo lo pertinente) ___ Afro americano ___Caucásico o blanco ____Latino o hispano ___ Asiático o Isla del Pacífico ____Nativo americano

10. Escoja su nivel más alto de educación ___ Elemental (0-5)
___ Escuela intermedia (6-8)
___ Algo de esc. superior (9-12)
___ Graduado de superior /GED
___ Algo de universidad
___ Graduado de universidad o más alto

11. Díganos la razón por la que no tiene un asiento de coche ahora. Escoja <u>todo</u> lo pertinente:
____ a. Los asientos de coche son muy caros y no los puedo comprar.
____ b. No sé el tipo de asiento de coche que mi niño necesita.
____ c. Un asiento de coche no cabe en mi coche o camión.
____ d. No creo que un asiento de coche haga diferencia en la seguridad de mi niño.
____ e. Creo que a mi niño no le gustará estar en un asiento de coche y tal vez llore.
____ f. Quiero poder aguantar a mi bebé en mi falda mientras vaya en el coche.
____ g. Con todos los niños en el coche, no hay suficiente espacio para estos asientos.
____ h. Creí que mi niño era demasiado grande como para necesitar un asiento de coche.
____ i. Mi niño viaja en más de un coche.
____ j. Mi niño no viaja en coche con frecuencia.
____ k. No sé cómo poner adecuadamente un asiento de niños en mi coche.
____ l. No me gusta la idea de tener a mi niño amarrado.
____ m. No me gusta la idea de no poder ver a mi niño bien mientras manejo.
____ n. No creo que un asiento de coche me funcione; tomo el autobús o viajo con otros.
____ o. Otra (escriba la razón):

12. Circule el idioma(s) que se habla en la casa del niño:
Inglés Español Otro

13. ¿Con qué frecuencia este niño viaja en automóvil?
___ una vez al día o más
___ casi todos los días
___ varias veces a la semana
___ varias veces al mes
___ una vez al mes o menos

14. ¿Ha tenido este niño un asiento de coche antes? Sí No