



Servicios de terapia externos
Datos de paciente nuevo
 Outpatient Therapy Services
 New Patient Information

AIS
 CMC77452-001NS Rev. 4/2017

Fecha de hoy: _____

ANTECEDENTES

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: / / _____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre(s) de padre(s) o tutor(es): _____ Estado civil:
 Casado/a soltero/a Divorciado/a
 Separado/a Viudo/a Otro: _____

Idiomas que se hablan en casa: _____ Interprete requerido: Sí No
 Hay alguna práctica cultural o religiosa de la que debemos saber que podría mejorar la atención para su niño: Sí No
 Si "Sí", explique por favor: _____

Lista de personas que viven actualmente en el hogar:

Nombre	Parentesco con el niño	Edad

¿Cuál es la inquietud principal en cuanto a la visita de su niño? _____

Origen de la remisión: _____

Por favor anote cualquier otro especialista que su niño ve o está por ver :

Médico _____	Teléfono _____
Médico _____	Teléfono _____
Médico _____	Teléfono _____
Médico _____	Teléfono _____
Médico _____	Teléfono _____

PREFERENCIA DEL PACIENTE EN CUANTO A LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

A quién contactar: Yo no deseo que Children's Health divulgue o discuta la información con nadie.
 Por medio de la presente doy permiso a Children's Health para divulgar o discutir cualquier información relacionada con la(s) sesión(es) de terapia / con los familiares a continuación, otros parientes y/o amigos cercanos:

Nombre	Parentesco	Teléfono	¿Está bien dejarle un mensaje con información detallada?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

A quien entregarle el niño: Igual que como se apuntó anteriormente: Sí No
 No se le entregará el niño a ninguna persona que no aparezca en este formulario. **NO se permitirán autorizaciones verbales.** Cualquier adición o substracción DEBERÁ entregarse por escrito. El personal de Children's Health se reserva el derecho de pedirle a cualquier individuo que demuestre una identificación apropiada. Esto es para la seguridad de su niño.

Autorizo a Children's Health a entregarle a mi hijo en mi ausencia a las siguientes personas:

Nombre	Parentesco	Teléfono	¿Está bien dejarle un mensaje con información detallada?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

La duración de esta autorización es infinita a menos que se revoque por escrito. Entiendo que las peticiones de información médica de parte de personas no incluidas en el espacio anterior requerirán una autorización específica previa a la divulgación de cualquier información médica.

Key: IgG = inmunoglobulina G; IgE = inmunoglobulina E; ICU = unidad de cuidados intensivos; GI = gastrointestinal



Servicios de terapia externos
Datos de paciente nuevo
 Outpatient Therapy Services
 New Patient Information

AIS
 CMC77452-001NS Rev. 4/2017

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS / REVISIÓN DE VACUNAS

¿Va al corriente su niño con sus vacunas? Sí No Sí "No" por favor contacte a su médico de cabecera.
 Adicionalmente, necesitamos que usted entienda que la salud y la seguridad de todos los niños y el personal se debe proteger, así que por favor tenga en cuenta lo siguiente:

 Puede que su niño no pueda visitarnos o recibir tratamiento si tiene uno de los síntomas / enfermedades a continuación. Puede incluir más no estar limitado a los siguientes: Varicela, tos ferina, vómito, diarrea sin control, estreptococo, conjuntivitis, piojos, sarna o fiebre mayor a los 100.5 grados las últimas 24 horas. Si no tiene la certeza, por favor contacte a la clínica antes de su cita.
Iniciales aquí

 Es su responsabilidad alertar al departamento, antes de su cita, si su niño recibe tratamiento por una enfermedad infecciosa (Tuberculosis, infecciones por Clostridium difficile, mano / pie / boca, etc.). Para determinar si es seguro que el paciente conserve su cita programada.
Iniciales aquí

 Estoy consciente de que estas enfermedades pudieran ser dañinas para los niños que reciben tratamiento en Children's Health.
Iniciales aquí

HISTORIAL MÉDICO

Medicamentos actuales:
 (favor de incluir todas las recetas, vitaminas, suplementos, estimulantes del apetito, medicamentos de venta libre, medicamentos de control de excremento y vómito y remedios alternativos o herbales) (adjunte una lista si es necesario)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergias: _____

Prueba(s) para la alergia: (favor de incluir la fecha de las pruebas)

- Sangre: ___ / ___ / ___ Parche de piel: ___ / ___ / ___
 Intradérmica ___ / ___ / ___ Endoscopias: ___ / ___ / ___

Indique si su niño tiene un problema médico relacionado con lo siguiente:

Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones a huesos / articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citomegalovirus (CMV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Historial quirúrgico: ¿Ha tenido su niño cirugías? Sí No

Fecha	Cirugía



Servicios de terapia externos
Datos de paciente nuevo
 Outpatient Therapy Services
 New Patient Information

AIS
 CMC77452-001NS Rev. 4/2017

Procedimientos médicos: (endoscopias, radiología, gastroenterología superior, estudios de deglución, de motilidad, otras puebas de gastro., etc.)

Prueba	Fecha de Prueba	Resultados
<input type="checkbox"/> Prueba de respuesta auditiva troncocefálica		
<input type="checkbox"/> Electroencefalograma a (EEG) - Cerebro		
<input type="checkbox"/> Evaluación de la vista por un oftalmólogo		
<input type="checkbox"/> Evaluación del oído		
<input type="checkbox"/> Pruebas de alergia IgG o IgE		
<input type="checkbox"/> Prueba de intolerancia a comidas (gluten, lactosa, caseína)		
<input type="checkbox"/> Resonancia magnética (MRI)		
<input type="checkbox"/> Prueba modificada de deglución de bario		
<input type="checkbox"/> Evaluación genética		
<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Otro:		

Enfermedades u hospitalizaciones significativas:

Fecha	Enfermedad / Razón de la hospitalización

Historial familiar: Problemas médicos Problemas psiquiátricos o psicológicos Retraso en el desarrollo Dificultad al comer

Miembro de la familia	Parentesco con el paciente	Diagnóstico

INFORMACIÓN DE NACIMIENTO

El bebé nació: Término entero Pre-término (edad gestacional:) _____ Peso al nacer: _____

Tipo de parto: Vaginal Cesárea section: planeada de emergencia

¿Problemas o complicaciones notados? Durante el embarazo Después Ninguno

Comentarios: _____

¿Se quedó su niño en la UCI neonatal? No Sí: Duración: _____

Comentarios / Razón de la estadía: _____

 Firma del padre / tutor legal Nombre en letra de molde Fecha Hora