

# APLICACIÓN PARA TRATAMIENTO HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS

## \*Información Requerida

Para ser completado por los Padres o Guardián

<b>*Nombre del Niño</b>					
<b>*Apellido</b>		<b>*Primer Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Sufijo</b>
<b>*Fecha de Aplicación (Fecha de Hoy)</b>	Número del Seguro Social del Niño		<b>*Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Incógnito		
<b>*Fecha de Nacimiento</b>	¿Con quién vive el Niño? <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro (relación) _____				
<b>Idioma Principal</b>		<b>Intérprete Requerido</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>*Dirección</b>					
<b>*País</b>		<b>*Dirección</b> Calle			
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>		<b>*Estado</b>	Condado	
Teléfono Principal - Número de la casa			Teléfono - Número Alternativo		
<b>*Dirección (Si es diferente a la dirección de la casa)</b>					
<b>*País</b>		<b>*Dirección</b> Calle			
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>		<b>*Estado</b>	Condado	

<b>Madre</b>						
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Sufijo	Nombre de Soltera
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada						
<b>Dirección de la Casa (Si es diferente a la del paciente)</b>						
<b>*País</b>		<b>*Dirección</b> Calle				
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>		<b>*Estado</b>	Condado		
Teléfono Principal - Número de la Casa				Teléfono - Número Alternativo		

<b>Padre</b>						
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Sufijo	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado						
<b>Dirección de la Casa (Si es diferente a la del paciente)</b>						
<b>*País</b>		<b>*Dirección</b> Calle				
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>		<b>*Estado</b>	Condado		
Teléfono Principal - Número de la Casa				Teléfono - Número Alternativo		

<b>Otras Relaciones</b>						
Relación al Paciente						
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Sufijo	
<b>Dirección de la Casa (Si es diferente a la del paciente)</b>						
<b>*País</b>		<b>*Dirección</b> Calle				
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>		<b>*Estado</b>	Condado		
Teléfono Principal Número de la Casa				Número de Teléfono Alternativo		

# APLICACIÓN PARA TRATAMIENTO HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS

**\*Información Requerida**

**Nombre del Niño**

**Para ser completado por los Padres o Guardián**

<b>Guardián Legal (Si es diferente que el de los padres)</b>			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Sufijo
<b>Dirección de la Casa (Si es diferente a la del paciente)</b>			
*País		*Dirección Calle	
*Zona Postal	*Ciudad	*Estado	Condado
Teléfono - Número de la Casa		Teléfono - Número Alternativo	

<b>Templo Patrocinador y El Shriner</b>	Templo			
Nombre del Shriner	Apellido	Primer Nombre	Fecha de la Firma del Patrocinador	
Dirección - Calle	Ciudad	Estado	Zona Postal	Condado
La Firma del Patrocinador Shriner				
Necesita Transportación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estado Ambulatorio				

<b>Médico</b>				
*Problemas o Diagnósticos (¿Cuál es el problema que tiene su niño?)				
Comenzó	<input type="checkbox"/> Antes de Nacer	<input type="checkbox"/> Se desarrolló recientemente	<input type="checkbox"/> Daño-fecha del daño _____	
<input type="checkbox"/> Daño - Fecha desconocida	<input type="checkbox"/> Comenzó al caminar	<input type="checkbox"/> Desde Nacimiento	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Queja Principal (Por qué quieres ser visto en el Hospital Shriners? ¿Qué servicios buscas?)				
Médico Asignado				
Dirección - Calle	Ciudad	Estado	Zona Postal	Condado
<b>Tratamientos anteriormente proporcionado</b>				
Tratamientos y Cirugías				
¿Rayos X disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de los Rayos X más recientes Fecha de la última vez que vió el Médico				

<b>Seguro/Primario</b>		
Nombre del Subscriptor		
<b>Plan de Salud</b>		
Nombre	Número de Miembro del Subscriptor	Número de Miembro del Paciente
Principal Proveedor de Cuidado		

<b>Información Suplemental</b>					
<b>Fuente de Referencia (Escoja uno)</b>					
<input type="checkbox"/> Cartelera	<input type="checkbox"/> Calcomanías	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia/Uno mismo	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cartel/Volante	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Other Health Care Professional	<input type="checkbox"/> Maestro de Escuela	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Shriner	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Amigo (non-Shriner)	<input type="checkbox"/> Línea de WATS	<input type="checkbox"/> Website	
<b>Los últimos 12 meses de ingreso de la Familia</b>					
<input type="checkbox"/> \$0 - \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,001 - \$20,000	<input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000	<input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000	
<input type="checkbox"/> Sobre \$50,000	<input type="checkbox"/> No proporcionado				

# APLICACIÓN PARA TRATAMIENTO HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS

**\*Información Requerida**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

<b>FOR USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE</b>				
<b>Estado de la Aplicación</b>				
Recomendación del Jefe de Médicos (COS)	<input type="checkbox"/> Aceptado	<input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Examinar	Fecha de Recomendación
Comentarios del Jefe de Médicos (COS)				
Recomendación de la Junta (BOG)	<input type="checkbox"/> Aplicación Expirada	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Rechazado	Fecha de Recomendación-
Médico Principal Shriner		Coordinador de Cuidado		
Firma del Jefe de Médicos (COS)				
Firma del Presidente de la Junta				
Línea de Servicio	<input type="checkbox"/> Ortopédico	<input type="checkbox"/> Quemadura	<input type="checkbox"/> Escoliosis (SCI)	<input type="checkbox"/> Plástica
Paciente Sobre Edad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Expedir (Si es aplicable, indicar el tiempo especificado)				