

Estimados padres o guardianes legales,

Estamos muy agradecidos de haber recibido una recomendación para su niñ@ y le agradecemos haber escogido la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento de Driscoll. Nuestro personal se compromete a ofrecer cuidado de calidad en un ambiente divertido y familiar para asegurar que nuestros pacientes pediátricos se encuentren cómodos y disfruten de sus visitas.

Adjunto encontrará documentación para pacientes nuevos así como uno o más formularios de evaluación y un sobre ya con estampilla y la dirección para enviar de vuelta. Por favor tome unos minutos para completar la información ya que esta documentación es muy importante para la evaluación de su niño(a). Una vez hayamos recibido la documentación completa nuestra oficina lo contactará para programar una cita. *** *Nota: el tener toda la información completa permitirá crear el mejor plan de tratamiento para su niño(a).****

Información de contacto

3533 S. Alameda St. Edificio Sloan, 4° Piso
Corpus Christi, Texas 78411

Teléfono: 361-694-5650 Fax: 361-808-2063

Horas de atención: M-F 8:00-17:00

DevelopmentalPediatric@dchstx.org

Para garantizar una visita más productiva:

- Por favor llegue a 10-15 minutos antes de su cita, esto permite que el proceso de admisión sea más fácil. En su paquete hemos proporcionado una copia de nuestra política de cancelación, llegar tarde y de faltas. Por favor revise esta política ya que valoramos cada oportunidad para ver a su niño(a).
- Si usted tiene otros niños y puede planear su cuidado, sería muy útil durante la evaluación ya que reduce las distracciones para el proveedor y los padres. Por favor, apague o ponga en silencio su teléfono celular para eliminar interrupciones adicionales.

Por favor traiga lo siguiente a cada cita:

- Lista de todos los medicamentos (recetados, sin receta y suplementos)
- Tarjetas de seguros
- Copago/Co-seguro o deducible (nuestra política de oficina es cobrar pagos al momento de servicio)

Su primera cita durará aproximadamente 1 a 1 ½ horas, esto le da la oportunidad al proveedor de observar el comportamiento y las interacciones de su niño(a). Estamos a la espera de conocer a su niño(a). Por favor no dude en llamarnos al 361-694-5650 con preguntas o dudas acerca de completar la documentación.

Atentamente,

Maricela D. Gulbranson, MD, FAAP

Sharon Antwi-Boasiako, M

Maricela D. Gulbronson, MD
Sharon Antwi-Boasiako, MD
3533 S. Alameda St 4th Floor Sloan Building
Corpus Christi, Texas 78411
Teléfono: 361-694-5650 Fax: 361-808-2063

Debido al alto volumen de pacientes que necesitan nuestros servicios especializados, nuestra clínica ha establecido las siguientes indicaciones en cuanto a cancelación, llegadas tardes o faltas.

La política es como sigue:

Cancelaciones y Faltas

1. Por favor notifique cualquier cancelación a la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento de Driscoll al (361) 694-5650 por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Esto permite que la oficina programe a otro paciente que necesita una cita.
2. Las citas no canceladas dentro de 24 horas antes o el fracaso a presentarse a una cita programada se considerará una "**Falta**".
3. Pacientes con ***tres 3*** "**Faltas**" dentro de un período de 12 meses están sujetos a ser despedidos de la práctica.
4. ***Dos (2)*** "**Faltas**" a citas de evaluaciones iniciales resultará en el despido de la referencia médica del paciente.

Llegadas Atrasadas

1. Los pacientes que lleguen **10 minutos** después de la hora de su cita programada se considerarán tarde. A discreción del proveedor, los pacientes pueden ser vistos durante un tiempo de visita reducido o tendrán que reprogramar su cita.

Gracias de antemano y le agradecemos su cooperación.

-COPIA DEL PACIENTE-

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

***POR FAVOR DEVUELVA LOS DOCUMENTOS COMPLETADOS A NUESTRA OFICINA
PARA PODER PROGRAMAR UNA CITA PARA SU NIÑO(A)***

- Hoja de información familiar
- Formulario de Historia del Paciente (**4 páginas**) (**por favor llene todas las páginas completamente**)
- Política de Cancelación, Llegar Tarde y Faltas
- ***Copia** de tarjeta de seguro **frontal y posterior** (con la siguiente información del suscrito)

Nombre del suscrito: Primario _____ Secundario _____

Fecha de nacimiento del suscrito: Primario _____ Secundario _____

SSN # del suscrito: Primario _____ Secundario _____

Empleador del suscrito: Primario _____ Secundario _____

SSN # del niño(a) (necesario para archivo Medicaid) _____

- Todas las evaluaciones y/o inventarios de padres, maestros y paciente (si aplica)

INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA

Si su niño ha tenido evaluaciones anteriores, tomado medicamentos o recibe servicios de la escuela-por favor incluya la siguiente información

- Copias de IEP y de cualquier examen Psicoeducativo
- Registros médicos y evaluaciones anteriores del Proveedor que Prescribe, Neurólogo, Habla Y Lenguaje, Psicólogo Privado y ECI (Intervención de Infancia Temprana)

¿Necesita Intérprete? Si No Idioma _____

*****Por favor anote cualquier otra necesidad especial** _____

Por favor, quédese con la carta de presentación y el mapa ya que éstos se incluyen para su comodidad.

Gracias

Hospital Pediátrico Driscoll
Personal de la Clínica Pediátrica del Desarrollo y Comportamiento

Por favor envíe los documentos completados a:
Pediatria de Desarrollo y Comportamiento
3533 S. Alameda Street 4° Piso, Edificio Sloan
Corpus Christi, Texas 78411

INFORMACIÓN FAMILIAR

Se puede utilizar un formulario para toda la familia, siempre que el responsable es el mismo para cada niño.

Fecha de hoy: _____

NOMBRES DE LOS NIÑOS:

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	SSN
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ POSTAL _____

(Solamente para el uso de personal)

Año: _____ Iniciales _____ Año: _____ Iniciales _____

NOMBRE DE PADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN#: _____

***Dirección si distinta a la anterior: _____
 Número telefónico de casa: _____ de empleador: _____ de trabajo: _____
 Celular: _____

NOMBRE DE MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN#: _____

***Dirección si distinta a la anterior: _____
 Número Telefónico de casa: _____ de empleador: _____ de trabajo: _____
 Celular: _____

EN CASO DE DIVORCIADO O SEPARADO, NOMBRE DEL PADRE CON CUSTODIA: _____
 NOMBRE LOS PADRASTROS/MADRASTRAS Y LA RELACION: _____
 PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVE CON USTED, pero cerca _____ TELÉFONO: _____
 QUIEN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA? _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO: (PRESENTE LA TARJETA EN RECEPCIÓN) (ESCRIBA PRIMARIA PRIMERO)

EMPRESA	GRUPO	# ID	NOMBRE DE TITULAR / PARENTESCO
_____	_____	_____	_____

SI USTED TIENE SEGURO DE MEDICAID POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA EN CADA VISITA. ** NOTA: LA CLINICA PEDIATRICA DE DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO DEL HOSPITAL PEDIATRICO DRISCOLL REQUIERE UNA REMISION DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Como padre, tengo entendido que debo dar permiso para que mi niño(a) reciba tratamiento médico. Si es posible, yo iré con mi niño(a) a cada cita en la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento.
 Si no puedo ir con mi niño(a) , estoy de acuerdo en dejar que _____ y/o _____
 (Nombre y parentesco) (Nombre y parentesco)
 permitan cualquier tratamiento. (Ejemplos de personas que aquí pueden ser nombradas son padrastros, abuelos, niñera, etc.).

Si mi niño(a) viene con alguien que no sea yo o las personas mencionadas, me comprometo a enviar con ellos una nota escrita, con mi firma, dando permiso para tratamiento.

****Niño(a) debe tener 18 años de edad para ser tratado para recoger una receta sin un padre presente ****

Firma de Paciente _____ (fecha) _____ Firma de Padre o Guardián _____ (fecha) _____ Iniciales _____

Correo Electrónico de los padres: _____

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO ENTERO

Fecha de hoy: _____ Nombre del niño(a): _____
Fecha de Nacimiento: _____

FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Persona que completa este formulario: _____ Parentesco con el niño(a): _____

Al niño(a), como le gusta que lo llamen: _____

PROPÓSITO DE LA VISITA

Describir las preocupaciones que tiene acerca de su niño(a): _____

Evaluaciones anteriores debido a estas preocupaciones: _____

(Ejemplos: Escuela, ECI, Psiquiatras, Neurólogos, Genética)

¿Qué es lo que más le gustaría que sucediera durante esta visita?: _____

¿Qué preguntas tiene para el médico?: _____

Anote todos los servicios que su niño(a) está recibiendo actualmente: _____

(Terapia de Lenguaje, Ocupacional, Física, ABA, incluya servicios especiales a través de la escuela, 504, servicios de niños excepcionales, aula especial), otros _____

¿Actualmente, su niño(a) recibe *Programa Educativo Individual (IEP por sus siglas en Inglés)? S/N _____

Plan de la sección 504? S/N _____

Si su niño(a) ha estado bajo algún medicamento en el pasado, escriba los nombres con dosis y reacciones:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIAL DEL NIÑO(A)

Describir la salud de su niño(a): _____

Peso al nacer: _____ complicaciones al nacer: _____

Medicamentos actuales (nombre y dosis):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a Drogas: _____

Hospitalizaciones: _____

Cirugías: _____

Enfermedades largas: _____

Lesiones significativas: _____

Describir el crecimiento de su niño: _____

Describir el temperamento de su niño(a) : _____

¿Cuándo comenzó su niño la escuela de preescolar: _____

Repitió grado(s): _____

Escuela actual: _____

Grado: _____

HISTORIAL DE DESARROLLO

Describir qué preocupaciones de desarrollo tiene: _____

A partir de qué edad comenzó a sospechar dificultades: _____

Qué edad tenía su niño(a) cuando hizo lo siguiente:

MOTRIZ

Gatear: _____

Sentarse sin apoyo: _____

Caminar solo: _____

Andar en triciclo: _____

Andar en bicicleta: _____

(con ruedas de entrenamiento)

Andar en bicicleta: _____

(sin ruedas de entrenamiento)

SOCIAL/AUTO-AYUDA

Sonreír: _____

Usar cuchara para alimentarse solo: _____

Vejiga entrenada de día: _____

Vejiga entrenada de noche: _____

LANGUAGE

Balbucear: _____

Decir primeras palabras: _____

Poner 2 palabras juntas: _____

Aprender a usar el baño: _____

(para heces)

Separar fácilmente de madre: _____

Vestirse a sí mismo: _____

En la lista de abajo, por favor haga un círculo a todos los temas que ha tenido su niño(a):

Timidez con extraños

Negarse a ir a la escuela

Inquietud extrema

Problemas para sentirse satisfecho

Reacción excesiva a ruidos o cosas que ve

Rabietas

Llorar a menudo y fácilmente

Golpearse la cabeza

Problemas con contacto con los ojos

Haciendo ruidos extraños, gruñidos u otros ruidos

Comer cosas que no comestibles

Problemas para quedarse dormido

Respiración ruidosa/ronquido

Flacidez

Pudor con otros niños

Problemas con cambio de rutina diaria

Tendencia a alterarse

Dificultad en consolarse

Reacción excesiva a sabores o al toque

Irritabilidad

Gran tolerancia al dolor

Comportamientos autodestructivos

Imposibilidad de ser cariñoso

dificultad de alimentación

Cólico

Problemas para permanecer dormido

Rigidez

REVISIÓN DE SISTEMAS**En la siguiente lista, por favor, haga un círculo a todos los problemas que ha tenido su niño(a):**

Dolor crónico
Pérdida de peso
Colesterol alto
Ojos bizcos
Sinusitis crónicas
Soplo al corazón
Asma
RSV
bronquitis crónica
Otros trastornos pulmonares
Estreñimiento crónico
Úlcera
Problemas articulares
Problemas de la piel
TDAH
Retraso mental
Convulsiones
Depresión
Infecciones de riñón o vejiga
Diabetes
Otros problemas glandulares
Anemia
Otro: _____

Fiebre inexplicable
Cáncer
Cataratas
Infecciones crónicas del oído
Síntomas alérgicos crónicos
Otros problemas cardíacos
Bronquiolitis
Hipertensión arterial
Fibrosis quística
Diarrea crónica
Reflujo
otro problema estomacal o intestinal
Problemas musculares
Eczema crónico
Discapacidades de Aprendizaje
Autismo
Parálisis Cerebral
Ansiedad
Otra enfermedad renal
Problemas con la tiroides
Anemia de células falciformes
Otros trastornos sanguíneos
Otro: _____

HISTORIA SOCIAL

PADRES: casados divorciados separados otro: _____

¿Quién vive con el niño(a)? _____

Relación del niño(a) con la madre: _____

Relación del niño(a) con el padre: _____

Hermanos(as) (nombres y edades): _____

Circunstancias familiares: _____

Padre biológico:

Nombre: _____ Edad: _____

Empleo actual: _____ nivel escolar completado: _____

Salud general: _____

Madre biológica:

Nombre: _____ Edad: _____
Empleo actual: _____ nivel escolar completado: _____
Salud general: _____

¿El niño fue adoptado? _____ ¿A qué edad? _____
Circunstancias de la adopción: _____

Padre adoptivo:

Nombre: _____ Edad: _____
Empleo actual: _____ nivel escolar completado: _____
Salud general: _____

Madre adoptiva:

Nombre: _____ Edad: _____
Empleo actual: _____ nivel escolar completado: _____
Salud general: _____

¿Ha estado el niño(a) en cuidado de crianza? _____
Circunstancias de cuidado de crianza: _____
Padres de crianza: _____
Número total de las colocaciones: _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Quién en la familia tiene alguna de las siguientes dificultades? (incluir solamente familia biológica)
(Esto incluye a padre, madre, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y primos en primera instancia del niño(a))

Por favor, junto a cada elemento apropiado, anote al miembro familiar que tuvo el problema

Hiperactividad: _____
Problemas de aprendizaje: _____
Retraso mental: _____
Repetir un grado en la escuela: _____
Problemas de Lenguaje: _____
Problemas de comportamiento en la escuela: _____
Problemas en la adolescencia: _____
Depresión: _____
Ansiedad : _____
TDAH : _____
Autismo: _____

Síndrome de Asperger: _____
Trastorno Bipolar: _____
Esquizofrenia: _____
Otros problemas emocionales: _____
Abuso de alcohol o drogas: _____
Defectos congénitos: _____
Tics o síndrome de Tourette: _____
Ceguera/severa deficiencia visual: _____
Deficiencia auditiva: _____
Convulsiones: _____
Murió siendo bebé o niño(a): _____

Maricela D. Gulbronson, MD
Sharon Antwi-Boasiako, MD
3533 S. Alameda St 4th Floor Sloan Building
Corpus Christi, Texas 78411
Teléfono: 361-694-5650 Fax: 361-808-2063

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Debido al alto volumen de pacientes que necesitan nuestros servicios especializados, nuestra clínica ha establecido las siguientes indicaciones en cuanto a cancelación, llegadas tarde o faltas.

La política es como sigue:

Cancelaciones y Faltas

1. Por favor notifique cualquier cancelación a Pediatría del Desarrollo y Comportamiento de Driscoll al (361) 694-5650 por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Esto permite que la oficina programe a otro paciente que necesita una cita.
2. Las citas no canceladas dentro de 24 horas antes o el fracaso a presentarse a una cita programada se considerará una "**Falta**".
3. Pacientes con **tres 3 "****Falta****"** dentro de un período de 12 meses están sujetos a ser despedidos de la práctica.
4. **Dos (2) "****Falta****"** a citas de evaluaciones iniciales resultará en el despido de la referencia médica del paciente.

Llegadas Tarde

1. Los pacientes que lleguen **10 minutos** después de la hora de su cita programada se considerarán tarde. A discreción del proveedor, los pacientes pueden ser vistos durante un tiempo de visita reducido o tendrán que reprogramar su cita.

Gracias de antemano y le agradecemos su cooperación.

Comprendo la información anterior.

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____