Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

Estimados Padres o Tutores Legales,

Nos complace haber recibido una referencia para su hijo y le agradecemos por elegir Driscoll Developmental Pediatrics. Nuestro personal está comprometido a brindar atención de calidad en un ambiente agradable y familiar para garantizar que nuestros pacientes pediátricos se sientan cómodos y disfruten de sus visitas.

Adjunto encontrará los formularios para pacientes nuevos, así como una o más listas de verificación para la evaluación y un sobre con nuestra dirección y franqueo prepagado. Por favor, dedique unos minutos a completar la información, ya que estos formularios son muy importantes para la evaluación de su hijo. Una vez que hayamos recibido los formularios completos, nuestro consultorio se comunicará con usted para programar una cita. ***Por favor, tenga en cuenta que completar toda la información detalladamente nos permitirá crear el mejor plan de tratamiento posible para su hijo..***

Información de Contacto
3533 S. Alameda St., 4th Floor Sloan Building,
Corpus Christi, TX 78411
Teléfono: (361) 694-5650 | Fax: (361) 808-2063
developmentalpediatric@dchstx.org

Horario de Atención
Lunes a viernes, 8AM - 5PM

Para ayudar a que su visita sea más productiva:

- Por favor, llegue de 10 a 15 minutos antes de la hora de su cita para que el proceso de registro pueda realizarse sin contratiempos. Hemos incluido en su paquete una copia de nuestra política de cancelaciones, llegadas tarde e inasistencias. Por favor, revise esta política, ya que valoramos cada oportunidad de atender a su hijo.
- Si tiene otros hijos y puede hacer arreglos para su cuidado, esto sería de gran ayuda durante la evaluación, ya que reduce las distracciones tanto para el proveedor como para los padres. Por favor, apague o silencie su teléfono celular para evitar interrupciones adicionales.

Por favor, traiga lo siguiente a cada cita:

- Lista de todos los medicamentos (medicamentos con receta, de venta libre y suplementos)
- Tarjeta(s) del seguro
- Copago/coaseguro o deducible (la política de nuestro consultorio es recibir el pago al momento de prestar el servicio)

Su primera cita tendrá una duración aproximada de 1 a 1½ horas. Esto le dará al proveedor la oportunidad de observar el comportamiento y las interacciones de su hijo. Esperamos conocerlos a usted y a su hijo. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo completar los formularios, no dude en llamarnos al (361) 694-5650.

Atentamente,

Maricela Gulbronson, MD
Medical Director, Developmental Medicine Clinic
Children's Physician Services of South Texas
Driscoll Children's Hospital

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Debido al gran número de pacientes que necesitan nuestros servicios especializados, nuestra clínica ha establecido las siguientes pautas con respecto a cancelaciones, inasistencias y llegadas tarde.
La política es la siguiente:

Cancelaciones e Inasistencias

1. Por favor, notifique a Driscoll Developmental Pediatrics al (361) 694-5650 sobre cualquier cancelación al menos 24 horas antes de la hora programada de la cita. Esto permite que el consultorio pueda programar a otro paciente que necesite una cita.
2. Las citas que no se cancelen con al menos 24 horas de anticipación o a las que el paciente no se presente se considerarán una **"inasistencia"**.
3. Los pacientes que acumulen tres (3) **inasistencias** dentro de un período de 12 meses pueden ser dados de baja de la clínica.
4. Dos (2) **inasistencias** a citas de Evaluación Inicial resultarán en la cancelación de la referencia del paciente.

Llegadas Tarde

1. Los pacientes que lleguen 10 minutos después de la hora programada de su cita se considerarán retrasados. A discreción del proveedor, el paciente podrá ser atendido con una consulta de menor duración o tendrá que reprogramar su cita.

Entiendo las declaraciones anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

¡Gracias de antemano por colaborar!

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Por favor, devuelva los formularios completos a nuestro consultorio para que podamos programar una cita para su hijo.

- ☐ Hoja de Información familiar
- ☐ Formularios de Historial del Paciente (5 páginas) **(Por favor, complete todas las páginas en su totalidad)**
- ☐ Política de Cancelaciones, Inasistencias y Llegadas tarde
- ☐ *Copia del frente y reverso de la tarjeta del seguro (con la información del suscriptor a continuación)

Nombre del suscriptor:
Primario:_____ Secundario:_____

Fecha de Nacimiento del suscriptor:
Primario:_____ Secundario:_____

N.º de Seguro Social del suscriptor:
Primario:_____ Secundario:_____

Empleador del suscriptor:
Primario:_____ Secundario:_____

N.º de Seguro Social del niño (requerido para presentar la solicitud a Medicaid):_____

- ☐ Todas las Listas de Verificación/Evaluaciones correspondientes a Padres, Maestros y Paciente (si corresponde)

INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA

Si su hijo ha tenido evaluaciones anteriores, ha recibido medicamentos o recibe servicios a través de la escuela, por favor incluya la siguiente información:

- Copias del IEP y de cualquier evaluación psicoeducativa
- Expedientes médicos y evaluaciones anteriores del proveedor que receta los medicamentos, neurólogo, especialista en habla y lenguaje, psicólogo privado y ECI (Early Childhood Intervention)

☐ ¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, idioma necesario: _____

*****Por favor, indique cualquier otra necesidad especial:** _____

Por favor, conserve la carta de introducción y el mapa, ya que se incluyen para su conveniencia.

Gracias,
Driscoll Children's Hospital
Developmental Clinic Staff

Por Favor, envíe los formularios completos a:
Developmental & Behavioral Pediatrics
3533 S. Alameda St., 4th Floor Sloan Building,
Corpus Christi, TX 78411

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

HOJA DE INFORMACIÓN FAMILIAR

Se puede utilizar un solo formulario para toda la familia siempre que la persona responsable sea la misma para cada niño.

Fecha de hoy: _____

Información de los Niños

Apellido: Nombre: Segundo nombre: Sexo: Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

_____

_____

_____

_____

Dirección del Paciente:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

(ESTE RECUADRO ES ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL)
AÑO:_____ INICIALES:_____ AÑO:_____ INICIALES:_____

Información del Tutor/Padre

Nombre:_____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo:_____

Información de la Tutora/Madre

Nombre:_____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo:_____

Si están divorciados o separados, indique el padre o tutor con custodia:_____

Indique cualquier padrastro o madrastra y su parentesco con el niño: _____

Familiar más cercano que no vive con usted, pero vive cerca: _____

Número de Teléfono: _____

¿Con quién podemos comunicarnos en caso de emergencia? _____

Número de Teléfono: _____

Información del Seguro Médico *(Presente la tarjeta en la recepción e indique primero el seguro primario)*

Compañía N.º de Grupo N.º de Identificación Nombre del Titular de la Póliza/Parentesco

_____

_____

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

Si tiene seguro de Medicaid, por favor presente su tarjeta en cada visita. Tenga en cuenta que Driscoll Children's Hospital Developmental and Behavioral Pediatric Clinic debe contar con una referencia de su médico de atención primaria.

Como padre o madre, entiendo que debo dar mi autorización para que mi hijo reciba tratamiento médico. Si es posible, acompañaré a mi hijo a todas sus citas en Developmental & Behavioral Pediatric Clinic.

Si no puedo acompañar a mi hijo, autorizo a las personas que se indican a continuación a dar su consentimiento para el tratamiento en mi nombre. Algunos ejemplos de parentesco o relación pueden ser padrastro o madrastra, abuelo o abuela, cuidador, etc.

Nombre:_____ Parentesco/Relación:_____
Nombre:_____ Parentesco/Relación:_____

Si mi hijo acude acompañado por cualquier persona que no sea yo o alguna de las personas indicadas anteriormente, acepto enviar con esa persona una nota por escrito, con mi firma, autorizando el tratamiento.

El paciente debe tener 18 años de edad para recibir tratamiento sin la presencia de uno de sus padres o tutores, o para recoger una receta médica.

Firma del Paciente:_____ Fecha:_____

Firma del Padre/Madre/Tutor:_____ Fecha:_____
Correo electrónico:_____ Iniciales:_____

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

Por favor, complete todo el formulario.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Persona que completa este formulario: _____ Parentesco con el niño:_____

Nombre por el que el niño prefiere que lo llamen: _____

MOTIVO DE LA VISITA

Describa qué inquietudes tiene con respecto a su hijo:_____

_____

Evaluaciones anteriores relacionadas con estas inquietudes (por ejemplo: escuela, ECI, psiquiatras, neurólogos, genética): _____

¿Qué es lo que más le gustaría lograr con esta visita?_____

¿Qué preguntas tiene para el médico?_____

_____

Indique cualquier servicio que su hijo esté recibiendo actualmente (por ejemplo: Terapia del Habla, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, ABA; incluya servicios especiales proporcionados por la escuela, Plan 504, IEP, salón de clases especial): _____

¿Su hijo cuenta actualmente con un Programa Educativo Individualizado (IEP)? ☐ Sí ☐ No

¿Plan de la Sección 504? ☐ Sí ☐ No

Si su hijo ha tomado algún medicamento anteriormente, indique el medicamento, la dosis y las reacciones::

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

HISTORIAL DEL NIÑO

Describa la salud de su hijo: _____

Peso al nacer: _____ Tipo de parto: ☐ Cesárea ☐ Parto Vaginal Espontáneo (SVD)

Complicaciones al nacer:_____

Medicamentos actuales (Nombre y Dosis):

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

Alergias a Medicamentos:_____
Hospitalizaciones: _____ Hospitalización(es) Psiquiátrica(s): _____
Cirugías: _____
Enfermedades prolongadas: _____
Lesiones significativas: _____
Describa el crecimiento de su hijo: _____
Describa el temperamento de su hijo: _____
¿Cuándo comenzó su hijo la escuela o el preescolar? _____ ¿Repitió algún grado? _____
Escuela actual: _____ Grado: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Describa las inquietudes que tiene con respecto al desarrollo de su hijo: _____
_____
¿A qué edad comenzó a sospechar que existían dificultades? _____

¿A QUÉ EDAD COMENZÓ SU HIJO A HACER LO SIGUIENTE?

DESARROLLO MOTOR
Gatear: _____
Sentarse sin apoyo: _____
Caminar solo: _____
Andar en triciclo: _____
Andar en bicicleta con ruedas de entrenamiento: _____
Andar en bicicleta sin ruedas de entrenamiento: _____

LENGUAJE
Balbucear: _____
Decir su primera palabra: _____
Combinar 2 palabras: _____

SOCIAL / AUTOCUIDADO
Sonreír: _____
Usar una cuchara para comer solo: _____
Control de la vejiga durante el día: _____
Control de la vejiga durante la noche: _____

Control intestinal: _____
Separarse fácilmente de su madre: _____
Vestirse solo: _____

EN LA SIGUIENTE LISTA, MARQUE CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES QUE HAYA PRESENTADO SU HIJO:

- ☐ Timidez con personas desconocidas
- ☐ Se niega a ir a la escuela
- ☐ Inquietud extrema
- ☐ Dificultad para sentirse satisfecho
- ☐ Reacción excesiva a estímulos visuales o ruidos
- ☐ Problemas con cambios en la rutina diaria
- ☐ Tendencia a sobreexcitarse
- ☐ Dificultad para calmarse
- ☐ Reacción extrema a sabores o al contacto físico
- ☐ Irritabilidad

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

EN LA SIGUIENTE LISTA, MARQUE CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES QUE HAYA PRESENTADO SU HIJO:

- ☐ Berrinches
- ☐ Llora con frecuencia y facilidad
- ☐ Se golpea la cabeza
- ☐ Dificultad para mantener contacto visual
- ☐ Produce sonidos inusuales, gruñidos u otros ruidos
- ☐ Come sustancias que no son alimentos
- ☐ Dificultad para conciliar el sueño
- ☐ Respiración ruidosa/ronquidos
- ☐ Flacidez corporal
- ☐ Alta tolerancia al dolor
- ☐ Conductas autodestructivas
- ☐ Dificultad para mostrar afecto
- ☐ Dificultades para alimentarse
- ☐ Cólico
- ☐ Dificultad para mantenerse dormido
- ☐ Rigidez corporal
- ☐ Caso de CPS/CARE por abuso físico o sexual
- ☐ Conductas violentas de incumplimiento de reglas

REVISIÓN DE SISTEMAS

EN LA SIGUIENTE LISTA, MARQUE CUALQUIERA DE ESTOS PROBLEMAS QUE HAYA PRESENTADO SU HIJO:

- ☐ Dolor crónico
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Estrabismo
- ☐ Infecciones crónicas de los senos paranasales
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Asma
- ☐ RSV
- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Otros trastornos pulmonares
- ☐ Estreñimiento crónico
- ☐ Úlcera
- ☐ Problemas en las articulaciones
- ☐ Problemas de la piel
- ☐ ADHD
- ☐ Discapacidad intelectual
- ☐ Convulsiones
- ☐ Depresión
- ☐ Infecciones de los riñones o la vejiga
- ☐ Diabetes
- ☐ Otros problemas glandulares
- ☐ Anemia
- ☐ Fiebre sin causa aparente
- ☐ Cáncer
- ☐ Cataratas
- ☐ Infecciones crónicas de oído
- ☐ Síntomas alérgicos crónicos
- ☐ Otros problemas cardíacos
- ☐ Bronquiolitis
- ☐ Presión Arterial Alta
- ☐ Fibrosis quística
- ☐ Diarrea crónica
- ☐ Reflujo
- ☐ Otros problemas del estómago o intestinos
- ☐ Problemas musculares
- ☐ Eccema crónico
- ☐ Dificultades de aprendizaje
- ☐ Autismo
- ☐ Parálisis cerebral
- ☐ Ansiedad
- ☐ Otra enfermedad renal
- ☐ Problemas de la tiroides
- ☐ Anemia de células falciformes
- ☐ Otra enfermedad de la sangre

Otro: _____

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

HISTORIAL SOCIAL

Padres: ☐ Casados ☐ Divorciados ☐ Separados ☐ Otro: _____
¿Con quién vive el niño?_____
Relación del niño con su madre: _____
Relación del niño con su padre: _____
Hermanos (nombres y edades): _____
Circunstancias familiares: _____

PADRE BIOLÓGICO
Nombre: _____ Edad: _____
Ocupación actual:_____ Nivel Escolar completado: _____
Estado general de salud: _____

MADRE BIOLÓGICA
Nombre: _____ Edad: _____
Ocupación actual:_____ Nivel Escolar completado: _____
Estado general de salud: _____

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

PADRE ADOPTIVO
Nombre: _____ Edad: _____
Ocupación actual:_____ Nivel Escolar completado: _____
Estado general de salud: _____

MADRE ADOPTIVA
Nombre: _____ Edad: _____
Ocupación actual:_____ Nivel escolar completado: _____
Estado general de salud: _____

¿El niño ha estado bajo cuidado de crianza temporal? _____
Circunstancias del cuidado de crianza temporal: _____
Padres o Cuidadores de Crianza Temporal: _____
Número total de colocaciones en Hogares de Crianza: _____

Driscoll Children's Hospital
Developmental Pediatric Medicine

HISTORIAL FAMILIAR

¿Quién en la familia presenta o ha presentado alguna de las siguientes dificultades? Incluya únicamente familiares biológicos, como el padre, la madre, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y primos hermanos del niño.

Por favor, escriba junto a cada problema correspondiente qué miembro de la familia lo presenta o lo presentó.

Hiperactividad:_____ Síndrome de Asperger:_____
Dificultad para aprender:_____ Trastorno bipolar:_____
Discapacidad intelectual:_____ Esquizofrenia: _____
Repitió un grado escolar:_____ Otros problemas emocionales: _____
Problemas del habla:_____
Consumo excesivo de alcohol o abuso de drogas:_____
Problemas de comportamiento en la escuela:_____
Defectos de nacimiento:_____ Tuvo problemas durante la adolescencia:_____
Tics o Síndrome de Tourette:_____ Depresión:_____
Ceguera/discapacidad visual grave:_____ Ansiedad:_____
Pérdida auditiva:_____ ADHD:_____
Convulsiones: :_____ Autismo:_____
Falleció durante la infancia:_____