

Bienvenido a la Clínica Strong4Life en Children's Healthcare of Atlanta.

Esperamos poder conocerle y trabajar con su familia muy pronto.

Por favor, ayúdenos a servirle mejor a usted y a su niño, revisando, completando y devolviendo todos los formularios dentro de este paquete. Sabemos que es mucha información, pero por favor, trate de completar todo el paquete, brindando la mayor cantidad de información posible.

Una vez recibamos toda su información, nos comunicaremos con usted para programar su primera cita con nuestro equipo.

Como recordatorio, estamos localizados en el 6to piso del edificio "Children's Center for Advanced Pediatrics" (Centro de Pediatría Avanzada del Children's). Si tiene alguna pregunta, preocupación o dificultad para completar este paquete, por favor comuníquese con nosotros.

Gracias.

Clínica Strong4Life, un departamento del Children's en Scottish Rite
Center for Advanced Pediatrics
1400 Tullie Road NE
6th Floor
Atlanta, GA 30329
Teléfono: 404-785-5437
Fax: 404-785-1511
Correo electrónico: Strong4LifeClinic@choa.org
Strong4Life.com/Clinic (en inglés)

Formulario de admisión para pacientes nuevos

Paciente			
Nombre legal del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)			Fecha de nacimiento
Edad	Sexo	Raza/etnicidad	Religión
Domicilio			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono preferido			
Padre/Guardián			
Nombre del padre			Fecha de nacimiento
Domicilio (si es diferente al de arriba)			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono: residencia	Teléfono: celular		Teléfono: trabajo
Madre/Guardián			
Nombre de la madre			Fecha de nacimiento
Domicilio (si es diferente al de arriba)			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono: residencia	Teléfono: celular		Teléfono: trabajo
Contactos de emergencia (además de los listados arriba)			
Nombre	Número de teléfono		Relación con el paciente

Información de seguro médico

Por favor, complete la información de abajo acerca de la cobertura de seguro médico de su niño.

Puede encontrar toda esta información en su tarjeta de seguro médico.

De tener dudas, siéntase en libertad de hacer una copia de su tarjeta de seguro médico por ambos lados e incluirla en el paquete.

Seguro primario		
Nombre de la compañía aseguradora	Nombre del plan	
Nombre del suscriptor asegurado	Fecha de nacimiento del suscriptor	Relación con el paciente
Empleador	Nombre del grupo (Group Name)	Número de teléfono
Número de identificación del miembro/suscriptor	Domicilio listado	
Número del grupo (Group Number)		
Seguro secundario		
Nombre de la compañía aseguradora	Nombre del plan	
Nombre del suscriptor asegurado	Fecha de nacimiento del suscriptor	Relación con el paciente
Empleador	Nombre del grupo (Group Name)	Número de teléfono
Número de identificación del miembro/suscriptor	Domicilio listado	
Número del grupo (Group Number)		

Información importante acerca de cobros y seguro médico

Usted o su compañía aseguradora recibirán un mínimo de dos facturas. Una factura será por los servicios hospitalarios rendidos como parte de su visita (incluye cargos por las facilidades, laboratorios, radiología y terapias) y las otras serán por cada uno de los doctores que vean a su niño durante su visita.

Los copagos o deducibles separados por los cuales usted es responsable podrían ser añadidos a cada factura, dependiendo de su arreglo individual con la compañía aseguradora. Si su niño ve a varios doctores durante su visita, usted podría ser requerido a hacer copagos por cada doctor visto.

En algunos casos, usted podría recibir una factura del consultorio privado de su médico.

Por favor, siéntase en libertad de comunicarse con nosotros de tener cualquier pregunta.

Número de teléfono: 404-785-5437

Número de fax: 404-785-1511

Correo electrónico: Strong4LifeClinic@choa.org

Información de antecedentes médicos

Fecha de hoy:

1. Información de antecedentes					
Médico primario de su niño:			Teléfono del médico:		
¿Cómo escuchó acerca de la Clínica Strong4Life?			¿Quién lo refirió a la Clínica Strong4Life?		
2. Historial del problema que le aqueja actualmente					
¿Cuál es su preocupación principal acerca de la salud de su niño?			¿A qué edad se convirtió el peso en una preocupación?		
¿Qué espera poder aprender en su primera cita con nosotros?					
¿Tiene usted interés en aprender más acerca de la cirugía para la pérdida de peso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
3. Historial de nacimiento					
Complicaciones en el embarazo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Problemas de azúcar en la sangre/diabetes gestacional: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Peso al nacer:		Nacimiento prematuro <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, ¿qué tan prematuro?			
4. Historial médico pasado					
Inmunizaciones al día: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Alergias a alimentos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, enumere:			
Alergias a medicamentos: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, enumere:					
Procedimientos o cirugías: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, enumere:					
Hospitalizaciones: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, enumere:					
Hospitalizaciones de salud mental: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Ha recibido su niño alguna prueba para detectar dificultades de aprendizaje o retraso en el desarrollo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Alguna vez su niño ha sido referido para asesoramiento de salud mental? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
En este momento, ¿está su niño viendo a un psicólogo, orientador, siquiátra o terapeuta? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, enumere los nombres de cada proveedor:					
¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones?					
TDAH (ADHD)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reflujo GI	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas del hígado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Desorden de ansiedad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza y migraña	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Síndrome de ovario poliquístico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad celíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad inmunológica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alergias de temporada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Depresión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad inflamatoria del intestino	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trastornos convulsivos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Retraso en el desarrollo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Apnea del sueño	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dificultades en el aprendizaje	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Azúcares de la sangre altas (Prediabetes)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	IEP (plan de educación individualizada)/Plan 504	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Otro:					
Por favor, haga una lista de los médicos que atienden a su hijo:					
Por favor, haga una lista de los medicamentos, vitaminas y suplementos que toma su niño, incluyendo la dosis:					

5. Evaluación médica del presente (marque todas las respuestas que apliquen):

¿Sed excesiva? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Baja energía durante el día? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Orina frecuente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Moja la cama? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Varones: ¿Desarrollo del busto? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Hembras: ¿Edad del primer período? _____ ¿Fecha del último período? ____/____/____		
¿Cuánto dura su período? _____ ¿Son fuertes, largos o irregulares? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
¿Exceso de cabello? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es Sí, ¿en dónde?		
Dolor en la rodilla: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en la cadera: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor en el pie: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diagnóstico de Enfermedad de Blount: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diagnóstico de problemas en la cadera/SCFE: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Sueño		
Hora de ir a la cama: (días de semana) (fines de semana)	Toma siestas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Hora de levantarse: (días de semana) (fines de semana)	Si la respuesta es Sí, ¿cuántos días a la semana?	
Horas de sueño: (días de semana) (fines de semana)	¿Por cuánto tiempo?	
¿Ronca? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Le falta el aire, hace pausas al respirar o se ahoga mientras duerme? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Tiene problemas manteniéndose despierto durante el día? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

6. Historial social

A veces nos es útil saber quien vive en el hogar/hogares del niño. Por favor, haga una lista de todos los miembros del hogar/hogares.

Relación con el niño	Edad	Relación con el niño	Edad
¿Tiene su niño el tiempo dividido entre dos o más casas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Fumadores en el hogar: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Cuál es el nivel más alto de educación alcanzado por los padres/guardianes? <input type="radio"/> Menos de escuela superior <input type="radio"/> Terminó escuela superior/GED <input type="radio"/> Algo de universidad o grado asociado <input type="radio"/> Título de bachillerato <input type="radio"/> Título de escuela graduada			
¿Quién es responsable por la compra de alimentos?		Mascotas en casa: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Quién se encarga de cocinar?		¿En que grado está su niño?	
¿A qué tipo de escuela asiste su niño? <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Chárter <input type="radio"/> En línea <input type="radio"/> Educación en casa <input type="radio"/> Cuidado diurno <input type="radio"/> Otro:		¿Está su niño en algún programa de cuidado después de clases? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Recibe su niño meriendas, alimentos o bebidas de alguna otra persona a su cargo, o durante programas de cuidado después de clases? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es Sí, ¿De quién? _____ ¿Cuándo sucede esto? _____			
En los pasados 12 meses, la comida que compramos no alcanzó, y no tuvimos dinero para comprar más. <input type="radio"/> A veces cierto <input type="radio"/> Nunca cierto <input type="radio"/> Cierto a menudo			
En los pasados 12 meses, tuvimos la preocupación de que nuestros alimentos se acabaran antes de que tuviéramos dinero para comprar más. <input type="radio"/> A veces cierto <input type="radio"/> Nunca cierto <input type="radio"/> Cierto a menudo			

7. Historial médico familiar (Marque todas las respuestas que apliquen):

Historial médico familiar (Relación con el niño)	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hermana de la madre	Hermano de la madre	Hermana del padre	Hermano del padre	Abuela (materna)	Abuelo (materno)	Abuela (paterna)	Abuelo (paterno)
Desorden de ansiedad												
TDAH (ADHD)												
Asma												
Cáncer/Leucemia												
Enfermedad celíaca												
Depresión												
Diabetes												
Alergias de temporada												
Enfermedad del corazón												
Alta presión arterial												
Colesterol alto												
Enfermedad inmunológica												
Enfermedad inflamatoria del intestino												
Enfermedad de las articulaciones												
Enfermedad del riñón												
Dificultades de aprendizaje												
Problemas del hígado												
Migrañas y dolores de cabeza												
Dificultades de lectura/escritura												
Trastornos convulsivos												
Apnea del sueño												
Muerte súbita (corazón)												
Enfermedad de la tiroides												
Aumento de peso												

8. ¿Es alguna de estas aseveraciones cierta para su niño?	SÍ	NO
Mi niño siempre está pensando acerca de su próxima comida o merienda. Nunca parece estar satisfecho.		
Mi niño usa los alimentos como una manera de lidiar con el estrés o las emociones.		
Mi niño esconde alimentos, come en secreto, o come demás cuando no estoy cerca.		
A menudo, mi niño dice cosas negativas acerca de su cuerpo.		
Mi niño ha tratado de perder peso usando píldoras dietéticas, laxantes o píldoras de agua.		
Mi niño ha intentado perder peso tratando de vomitar a propósito después de comer.		
Noté que mi niño comenzó a ganar peso durante una etapa de su vida llena de tensión.		
Cuando mi niño tiene dinero, lo gasta en comida.		
Mi niño y yo discutimos acerca de cuándo, qué, o cuánto va a comer.		
Mi niño evita comer delante de otras personas.		
Mi niño está sufriendo de burlas y acoso.		
He notado que mi niño evita tener actividad o hacer ejercicio delante de otra gente.		
Mi niño tiene una oportunidad de estar activo durante el día en la escuela (educación física o recreo).		
Antes, mi niño jugaba y disfrutaba de deportes organizados, pero ya no.		
Mi niño prefiere usar aparatos electrónicos en vez de salir a jugar afuera.		
Mi niño y yo discutimos acerca de los límites de tiempo frente a las pantallas.		
¿Le gustaría ver cambios en los niveles de actividad de su niño y su tiempo frente a las pantallas? Si la respuesta es Sí, por favor explique.		
¿Le gustaría ver cambios en los hábitos de alimentación de su familia? Si la respuesta es Sí, por favor explique.		

Política de tardanzas

Nuestro objetivo principal es proveerle a nuestros pacientes un servicio excepcional. Para poder lograrlo, le pedimos que llegue a tiempo a sus citas. El Equipo de Cuidado Clínico Strong4Life separa un tiempo para dedicarlo a cada una de las familias que nos visita. Por esta razón, le pedimos que se familiarice con nuestra política de tardanzas:

- **Aquellos pacientes que lleguen tarde a su cita podrán ver a miembros de nuestro equipo que estén disponibles, siempre y cuando el tiempo lo permita.**
- **Aquellos pacientes que prefieran ver a todos los miembros del equipo tendrán la opción de reprogramar su cita para otro día.**

Política de cancelaciones y pacientes ausentes

Su salud es muy importante para nosotros y siempre nos preocupa cuando alguien pierde su cita sin antes avisar. Si usted cancela su cita 72 horas (3 días) antes, podremos ofrecerle ese espacio a otra familia que lo necesite. Por favor, llámenos para reprogramar su cita, y así podremos atender a sus necesidades con suficiente tiempo.

Las familias necesitarán obtener un nuevo referido de su pediatra antes de poder obtener una nueva cita si:

- **Faltan a dos citas consecutivamente**
- **Cancelan dos citas consecutivamente con menos de 24 horas de aviso**
- **Tienen una combinación de faltar a tres citas o cancelarlas con menos de 24 horas de aviso**

Esperamos poder formar un gran equipo junto a usted y su familia para encaminarle a una vida de salud y bienestar.

Certifico que he leído y entendido completamente la política de tardanzas y la política de cancelaciones y pacientes ausentes.

Firma de padre o guardián

Fecha