

# 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>	<b>Número del Seguro Social del Niño</b>	<b>*Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Incógnito	
<b>*Fecha de Nacimiento</b>	<b>¿Con quién vive el Niño?</b> <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 Calle</b>	
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>	<b>*Estado</b>	<b>Condado</b>
<b>Teléfono Principal - Número de la casa</b>		<b>Teléfono - Número Alternativo</b>	
<b>*Dirección (Si es diferente a la dirección de la casa)</b>			
<b>*País</b>		<b>*Dirección Calle</b>	
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>	<b>*Estado</b>	<b>Condado</b>

<b>Madre</b>				
<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Sufijo</b>
		<b>Nombre de Soltera</b>		
<b>Estado Civil</b> <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 Calle</b>		
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>	<b>*Estado</b>	<b>Condado</b>	
<b>Teléfono Principal - Número de la Casa</b>		<b>Teléfono - Número Alternativo</b>		

<b>Padre</b>				
<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Sufijo</b>
		<b>Nombre de Soltera</b>		
<b>Estado Civil</b> <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 Calle</b>		
<b>*Zona Postal</b>	<b>*Ciudad</b>	<b>*Estado</b>	<b>Condado</b>	
<b>Teléfono Principal - Número de la Casa</b>		<b>Teléfono - Número Alternativo</b>		

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

# APLICACIÓN PARA TRATAMIENTO HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS

**\*Información Requerida**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Para ser completado por los Padres o Guardián

**Guardián Legal (Si es diferente que el de los padres)**

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Sufijo
----------	---------------	---------	--------

**Dirección de la Casa (Si es diferente a la del paciente)**

*País	*Dirección Calle		
*Zona Postal	*Ciudad	*Estado	Condado
Teléfono - Número de la Casa		Teléfono - Número Alternativo	

**Templo Patrocinador y El Shriner**

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  Sí  No Estado Ambulatorio

**Médico**

\*Problemas o Diagnósticos

¿Cuál es el problema que tiene su niño?

Comenzó  Antes de Nacer  Se desarrolló recientemente  Daño-fecha del daño \_\_\_\_\_  
 Daño - Fecha desconocida  Comenzó al caminar  Desde Nacimiento  Otro \_\_\_\_\_

Queja Principal (Por qué quieres ser visto en el Hospital Shriners? ¿Qué servicios buscas?)

**Médico**

Asignado

Dirección - Calle	Ciudad	Estado	Zona Postal	Condado
-------------------	--------	--------	-------------	---------

**Tratamientos anteriormente proporcionado**

Tratamientos y Cirugías \_\_\_\_\_

Rayos X disponible?  Sí  No Fecha de los Rayos X más recientes \_\_\_\_\_ Fecha de la última vez que vió el Médico \_\_\_\_\_

**Seguro/Primario**

Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_

**Plan de Salud**

Nombre	Número de Miembro del Subscriptor	Número de Miembro del Paciente
--------	-----------------------------------	--------------------------------

Principal Proveedor de Cuidado \_\_\_\_\_

**Información Suplemental**

Fuente de Referencia (Escoja uno)

<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	

Los últimos 12 meses de ingreso de la Familia

\$0 - \$10,000  \$10,001 - \$20,000  \$20,001 - \$30,000  \$30,001 - \$40,000  \$40,001 - \$50,000  
 Sobre \$50,000  No proporcionado