



bethany children's
HEALTH CENTER

Cr rkecelep'f gnRt qi tco c'f g'Qr vto k celp'O²f ke'r'ctc'Cf o klop

B: C FA 57 -B '89@D57 -9B H9
a df'ja U' @YbY'hcXcg`cg'YgdUW'cg'

D57 -9B H9! B ca VFY		Inicial de Segundo Nombre		Apellido		Nombre del Padre	
Fecha de Nacimiento		Sexo	Núm.e Seguro Social			Nombre de la Madre	
MÉDICO REMITENTE o MÉDICO DE FAMILIA – Nombre				Número de teléfono del Dr. Ref (con código de área)		Fax del Dr. Ref (con código de área)	
Dirección del Médico Remitente			Ciudad		Estado	Codigo Postal	
PADRE/GUARDIAN CON CUSTODIA – Nombre (si es diferente al anterior)				Relación al Paciente			
Dirección		Ciudad		Estado	Codigo Postal	Condado	
Empleador		Teléfono de Casa (con código de área)		Teléfono de Trabajo (con código de área)		Teléfono Móvil (con código de área)	
FAMILIARES CERCANOS – Nombre				Relación al Paciente			
Direcciones		Ciudad		Estado	Codigo Postal		
Empleador		Teléfono de Trabajo (con código de área)		Teléfono de Casa (con código de área)		Teléfono Móvil (con código de área)	
FINANCIAMIENTO DE MEDICAID O DDSD							
Número de Medicaid		Administrador de Caso			Número de Teléfono		
INFORMACIÓN DEL SEGURO							
COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA – Nombre			Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento del Asegurado	SS# del Asegurado	
Administrador de Caso			Número de Teléfono				
Servicio al cliente/Elig. Y Núm.e teléfono de beneficios		Identificación #	No. de Grupo #	Empleador del Asegurado		Relación al Paciente	
Direcciones de Reclamaciones			Ciudad		Estado	Codigo Postal	
SECONDARY INSURANCE COMPANY – Nombre			Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento del Asegurado	SS# del Asegurado	
Servicio al cliente/Elig. Y Núm.e teléfono de beneficios		Identificación #	No. de Grupo #	Empleador del Asegurado		Relación al Paciente	
Direcciones de Reclamaciones			Ciudad		Estado	Codigo Postal	

¿Es adoptado su hijo? **Sí** **No** **Si es así, responda a las siguientes preguntas según su conocimiento.**

EMBARAZO

Embarazo con este fue: Normal Complicado (explique)

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguna condición médica que esté en la familia? (Asma, ADHD, enfermedades cardíacas, convulsiones,)

¿Quién vive en el hogar con el paciente actualmente?

¿Quién es el cuidador principal de su hijo?

HISTORIAL MÉDICO:

Diagnóstico actual/nuevos problemas o inquietudes: _____

Por favor, haga una lista de todos los especialistas médicos que su hijo ve actualmente y la última visita: _____

Medicamentos actuales-Por favor traiga los medicamentos actuales de su hijo al momento de admisión:

Medicamento	Dosis	Ruta	Hora dado/frecuencia
(ex:) Keppra	5 mg	Gtube	8 am y 8 pm

Farmacia de Casa: _____ **Número de Teléfono** _____

Medicamentos respiratorios - Por favor traiga los medicamentos respiratorios actuales de su hijo al momento de la admisión

Medicamento	Dosis	Ruta	Hora dado/frecuencia:
(ex:) Albuterol	Dos Soplos	Por boca	Según sea necesario

Tratamientos respiratorios:

Tratamiento	Frecuencia	Otros
(ex) Tratamiento de chaleco	Dos veces al día	15 minutos

Enfermedades y hospitalizaciones principales: _____

Allergias: _____

Procedimientos quirúrgicos y fechas: (ortopédico, ENT, etc.) _____

Dieta Actual: _____ Fórmula: _____ Volumen: _____

Tiempos: _____ Agua adicional: _____ Modificadores (Benefiber, etc.): _____

Altura Actual: _____ Peso: _____

¿Están actualizadas las vacunas? Vacuna de Gripe? _____

HISTORIA DE EDUCACIÓN – AJUNTE UNA COPIA DEL IEP ACTUAL (Plan de Educación Individualizado)

¿Está su hijo actualmente asistiendo escuela? Sí No

Si es sí, dónde? _____

¿Ha sido su hijo evaluado o colocado en alguna clase especial (es decir, tutoría de laboratorio, instrucciones correctivas, etc.)? Sí No

Si es así, ¿qué servicios recibe y con qué frecuencia? _____

¿Ha tenido su hijo un examen visual? Sí No

Resultados: _____

¿Ha tenido su hijo un examen de audición? Sí No

Resultados: _____

HISTORIAL DE REHABILITACIÓN: AJUNTE UNA COPIA DE LOS OBJETIVOS ACTUALES DE LAS TERAPIAS AMBULATORIAS, EVALUACIONES Y PLAN DE ATENCIÓN

¿Ha recibido su hijo **terapia anteriormente**? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información, comenzando por la más reciente:

Fechas Atendió	Ubicación del tratamiento	Tipo de terapia PT, OT, ST, MT Terapia física (PT) Terapia ocupacional (OT) Terapia del habla (ST) Musicoterapia (MT)	Terapeuta y número de teléfono #	Frecuencia de tratamiento
a				
a				
a				
a				
a				

¿Está su hijo utilizando algún equipo adaptativo actualmente?

Sí No Si es así, marque todas las opciones que correspondan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de rueda | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Parador | <input type="checkbox"/> Equipo de posicionamiento |
| <input type="checkbox"/> Tablillas/Férulas | <input type="checkbox"/> Lentes |
| <input type="checkbox"/> Interruptores | <input type="checkbox"/> Auxiliar auditivo |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Válvula de habla |
| <input type="checkbox"/> Equipo de alimentación | <input type="checkbox"/> Equipo de baño |

Otros, (cama especial, etc.)

¿Tiene su hijo necesidades especiales de transportación? (transporte médico, asiento médico para automóvil, etc.) _____

¿Cuáles son las limitaciones funcionales actuales de su hijo? _____

¿Cuáles son las limitaciones funcionales actuales de su hijo? _____

Marque todo los siguientes que su hijo puede realizar en este momento:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> control de cabeza | <input type="checkbox"/> parándose |
| <input type="checkbox"/> rodando | <input type="checkbox"/> camina sin seguridad |
| <input type="checkbox"/> sentando con apoyo | <input type="checkbox"/> caminando con ayuda |
| <input type="checkbox"/> sentando sin apoyo | <input type="checkbox"/> caminando sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> gateando | <input type="checkbox"/> comiendo por boca |

Por favor describa el horario/día típico de su hijo:

¿Tiene su hijo algún problema de comportamiento? En caso afirmativo,

indique _____

¿Cuál de los siguientes servicios cree que beneficiaría más a su hijo durante la admisión? ¿Alguna meta/preocupación específico para cada terapia?

Terapia física _____

Terapia ocupacional _____

Patología de habla y lenguaje _____

Musicoterapia _____

Terapia de recreación _____

SERVICIOS SOCIALES:

¿Hay algún servicio, equipo o información que pudiera hacer que el cuidado de su hijo en casa sea más fácil?

Por favor, enumere las estancias anteriores que su hijo ha tenido fuera de su hogar además de Bethany Children's (es decir, evaluación, etc.).

Centro: _____ Fechas: _____

Razón: _____

Centro: _____ Fechas: _____

Razón: _____

Por favor devuelva el paquete completo a Bethany Children's Health Center 10-14 días antes de la admisión.

Bethany Children's Health Center

Attn: Admissions

Donald W. Reynold's Complex

6800 NW 39th Expressway

Bethany, OK 73008 or

Referrals@bethanychildrens.org or

Fax: 1-844-785-7681

Thank you for allowing us to care for your child.