

lista de verificación para su cita

Estimados padres:

El personal de la Clínica de Gastroenterología (GI por sus siglas en inglés) y Nutrición Pediátrica de Cook Children's aprecia que usted haya escogido a nuestros doctores para servirle con las necesidades de su hijo/a. Nuestra meta es brindarle el mejor cuidado posible a cada paciente que vemos. Animamos a los padres para que hagan preguntas, ofrezcan sugerencias y participen en la planeación del cuidado de su hijo/a.

Por favor use esta lista de verificación para ayudarlo a prepararse para la visita de su hijo/a.

☐ **Obtenga una referencia de su doctor primario.**

Si usted no ha obtenido una referencia, podría ser necesario cambiar su cita hasta que pueda obtener la referencia.

☐ **Llenar los formularios del historial adjuntos y tráigalos con usted a su cita.**

☐ **Asegurarse de que nuestra oficina ha recibido todos los expedientes médicos y/o estudios relacionados con la razón de su referencia.**

☐ **Traiga una lista actual de los medicamentos de su hijo/a.**

☐ **Traiga su tarjeta del seguro médico y una identificación con foto válida.**

☐ **Háblenos para averiguar si aceptamos su seguro médico.**

Su doctor primario nos debe mandar toda la información de su seguro médico para que la información este en nuestra oficina antes de su visita o podría ser necesario cambiarle su cita. Si usted tiene preguntas sobre los cobros, nuestro personal está dispuesto a hablar con usted sobre los cobros de los servicios que recibió. Cuando usted cambie de plan/seguro médico, por favor hable a nuestra oficina para verificar que somos participantes.

☐ **Traiga un comprobante legal de la tutela/custodia.**

- Los padres adoptivos temporales necesitan los formularios de autorización de TDPRS.
- Los abuelos necesitan una notificación por escrito de los padres legales.
- Los padrastros necesitan una notificación por escrito de los padres legales.

☐ **Llegue 30 minutos antes de su cita programada.**

Permita el tiempo adecuado para cualquier papeleo necesario y/o para el proceso de registración. Si usted llega tarde, podría ser necesario cambiarle su cita. Las visitas a las oficinas especializadas y el tiempo de espera pueden tomarse hasta dos horas.

Día de la cita:

Fecha:

Hora a la que debe llegar:

Se requiere una notificación de 24 horas en todas las cancelaciones.

**750 8th Avenue, Suite 200
Fort Worth, TX 76104**

CookChildren's

información sobre cobros

Para los propósitos de seguro médico, la Clínica de Gastroenterología y Nutrición no se considera como una visita a la oficina del doctor. Se considera una visita de “Hospital como Paciente Externo.”

Por favor revise los beneficios de su seguro médico para asegurarse de que está cubierto.

Si usted no tiene seguro médico:

Se requiere un depósito para los cargos del doctor y del centro médico antes de su tratamiento. Si usted no puede pagar su cobro por completo, se le brindará una recomendación con una de las consejeras de finanzas. Usted recibirá cobros separados por los servicios del doctor, los cargos del centro médico y por los estudios/exámenes/laboratorio que se le haga.

Si usted tiene seguro médico:

Usted podría estar sujeto a un copago. Si es así, será aplicado al respectivo cobro. Su seguro médico podría aplicar parte o todos los cargos del centro médico a su deducible. Si usted no ha alcanzado su deducible, usted podría tener un balance que tendrá que pagar al tiempo de su visita. Su proveedor del seguro médico recibirá cobros separados por los servicios del doctor, los cargos del hospital y por los estudios/exámenes/laboratorio.

Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la póliza financiera mencionada. Yo entiendo que los cargos que no estén cubiertos por mi seguro médico al igual que los copagos y deducibles son mi responsabilidad.

Yo autorizo que los beneficios de mi seguro médico sean pagados directamente a la Clínica de Gastroenterología y Nutrición de Cook Children's.

Yo autorizo a la Clínica de Gastroenterología y Nutrición de Cook Children's que revele la información médica pertinente a mi compañía de seguro médico cuando sea pedida o para facilitar el pago de un cobro.

Nombre en letra molde

Firma

Fecha

750 8th Avenue, Suite 200
Fort Worth, TX 76104

CookChildren'sSM

registro del paciente

Nombre del paciente # de Seguro Social

Fecha de nacimiento Sexo: M / F Raza (opcional)

Dirección

Ciudad Estado Código postal

de teléfono en casa # de teléfono del trabajo # de celular

Doctor primario Doctor que lo refirió

Información del padre/madre o guardián legal

Nombre Parentesco

Dirección (si es diferente a la del paciente)

de teléfono en casa # de teléfono del trabajo # de celular

Fecha de nacimiento # de Seguro Social Donde trabaja

Nombre Parentesco

Dirección (si es diferente a la del paciente)

de teléfono en casa # de teléfono del trabajo # de celular

Fecha de nacimiento # de Seguro Social Donde trabaja

registro del paciente

Contacto de emergencia

Nombre	Parentesco al paciente	# de teléfono
--------	------------------------	---------------

Información del seguro médico

Seguro primario	# de identificación
-----------------	---------------------

Dirección para los cobros	# de teléfono para los cobros
---------------------------	-------------------------------

Personal principal que tiene el seguro	Fecha de nacimiento	Parentesco
--	---------------------	------------

Nombre de la compañía para la que trabaja	# de teléfono
---	---------------

Seguro secundario	# de identificación
-------------------	---------------------

Dirección para los cobros	# de teléfono para los cobros
---------------------------	-------------------------------

Personal principal que tiene el seguro	Fecha de nacimiento	Parentesco
--	---------------------	------------

Nombre de la compañía para la que trabaja	# de teléfono
---	---------------

formulario del historial del paciente nuevo

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Por qué lo/la mandaron con el gastroenterólogo? _____

¿Cuál es el problema que le preocupa más a su doctor? _____

¿Cuál es el problema que le preocupa más a usted? _____

Historial prenatal/recién nacido (Por favor marque la respuesta donde sea apropiado)

¿Recibió cuidado prenatal durante el embarazo? Sí / No

¿Tuvo cualquier problema durante el embarazo? Sí / No

Su parto fue: Vaginal / Cesaría

Anote cualquier problema que tuvo durante su embarazo: _____

¿Su bebé nació prematuro? Sí / No Si sí, ¿qué tan prematuro? _____

En qué hospital nació: _____

¿Cuántos días paso en los cueros para recién nacidos? _____

¿Cuántos días paso en los cueros de cuidado intensivo neonatal? _____

¿Su bebé estuvo conectado a un ventilador/respirador? Sí / No ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Su bebé estuvo conectado a un monitor para el corazón? Sí / No

¿Ya se lo retiraron? Sí / No

Por favor anote cualquier problema médico crónico: _____

Historial de la dieta del paciente

Infante: (por favor circule su respuesta)

Toma pecho / Toma fórmula ¿Su infante ya come comida solida? _____

Niño/a más grande:

Por favor anote cualquier restricción dietética: _____

Historial social del paciente

¿Con quién vive el niño/a primordialmente? _____

Hospitalizaciones del paciente

Por favor anote las hospitalizaciones de su niño/a, incluya la fecha y razón de admisión: _____

Cirugías del paciente

Por favor anote las cirugías de su niño/a, incluya la fecha y razón de la cirugía: _____

Lastimaduras/heridas del paciente

Por favor anote cualquier lastimadura o accidente severo incluyendo la edad que tenía cuando sucedió el accidente: _____

lista de medicamentos

Por favor anote todos los medicamentos que su niño/a este tomando actualmente:

Medicamentos incluyendo los medicamentos sin receta y suplementos de hierbas	Dosis	Pezó a tomar	Doctor que se lo receto

Por favor siga las instrucciones que le dio el doctor que le receto el medicamento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____

historial del desarrollo del paciente

Por favor anote cualquier retraso en el desarrollo físico, mental o intelectual de su niño/a: _____

Historial del paciente de actividad sexual, uso de alcohol, tabaco o drogas

¿Su niño/a bebe alcohol? Sí / No ¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Su niño/a tiene historial de uso de drogas? Sí / No Si sí, ¿Qué tipo de drogas? _____

¿Su niño/a usa tabaco? Sí / No ¿Qué tan seguido? _____

¿Su niño/a esta sexualmente activo/a? Sí / No

¿Su niña ya empezó su periodo? Sí / No ¿Cuándo? _____

Revisión de sistemas del paciente

Por favor marque "Sí" si su niño/a ha experimentado cualquier síntoma mencionado en la lista:

S	Síntomas neurológicos:	S	Síntomas cardiacos:	S	Aparato urinario:
	Convulsiones		Dolor de pecho		Moja la cama
	Dolores de cabeza		Ritmo cardíaco irregular		Pérdida del control de la vejiga
	Visión doble		Soplo cardíaco		Orina excesiva
	Mareos		Desmayos		Dolor al orinar
	Adormecimiento				Sangre en la orina
	Hormigueo	S	Piel:		
	Pérdida del control de la vejiga/ intestino		Salpullidos/ronchas	S	Óseomuscular:
			Cambios en el color de la piel		Dolor en los brazos/piernas
			Se le hacen moretones fácilmente		Inflamación de los brazos/ piernas
S	Síntomas respiratorios:	S	Gastrointestinal:		Dolor en las coyunturas
	Apnea		Vómito		Debilidad
	Tos		Diarrea		
	Dificultad para respirar		Mal olor de boca	S	Psiquiátrico:
	Respiración sibilante		Dolor estomacal por más de 3 meses		Depresión
	Infecciones múltiples de las vías respiratorias superiores		Estreñimiento		Ansiedad
			Se ensucia de excremento/tiene accidentes		Desorden bipolar
			Sangre y/o mucosidad en el excremento		Confusión
S	Ojos, nariz, garganta:		Dolor al tener una evacuación intestinal	S	General:
	Infecciones múltiples de oído		Excremento de color gris/blancoso		Fiebres frecuentes
	Perturbaciones visuales		Pérdida de peso		Fatiga excesiva
	Sangrados de la nariz		Pérdida de apetito		
	Dificultad para deglutir la comida				
	Llagas en la boca				

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

historial familiar

Por favor marque cualquier de las siguientes enfermedades que se apliquen a los padres, hermanos, hermanas o abuelos biológicos.

Enfermedad	Familiar afectado
Asma/enfisema/fibrosis quística	
Enfermedad cardíaca congénita/fiebre reumática/soplo cardíaco	
Ataques al corazón/hipertensión	
Síndrome de muerte infantil súbita/convulsiones	
Diabetes/problemas de la tiroides	
Enfermedad del hígado/hepatitis C	
Enfermedad de Crohn's/colitis ulcerosa	
Enfermedad celíaca/intolerancia al gluten	
Úlceras en el estómago/gastritis	
Síndrome del intestino irritable/estreñimiento/diarrea	
Enfermedad de Hirschsprung	
Cáncer del colon/pólipos	
Reflujo gastroesofágico	
Alergias a las comidas	
Enfermedades raras del metabolismo	
Reacciones a la anestesia	
Por favor anote cualquier otra condición que no se menciona arriba y el familiar afectado:	

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El formulario fue llenado por: _____ Fecha: _____

Parentesco al paciente: _____ Fecha: _____

El formulario fue traducido por: _____ Fecha: _____

El formulario fue revisado por: _____ Fecha: _____

Cook Children's Medical Center
Clínica de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica
750 8th Avenue, Suite 200, Fort Worth, TX 76104
682-885-1990 teléfono
682-885-1985 fax

Del área de HEB/Mid Cities/Irving:

Diríjase al Occidente en el Hwy 183 hacia el Hwy 121
Tome el Hwy 121 hacia I-35W South/Sur (Waco)
Tome I-35W South/Sur hacia I-30 West/Occidente
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

Del área de Denton/Keller:

Tome I-35W South/Sur hacia I-30 West/Occidente
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

Del área Norte de Arlington:

Tome el Hwy I-30 West/Occidente hacia Fort Worth
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

Del área Sur de Arlington:

Tome el I-20 hacia I-35W North/Norte
Tome el I-35W North/Norte hacia I-30 West/Occidente
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

**Del área Sur de Fort Worth/Crowley/Burleson/
Alvarado:**

Tome el I-35W North/Norte hacia I-30 West/Occidente
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

Del área de Wichita Falls:

Tome el Hwy 287 hacia I-35W South/Sur
Tome el I-35W South/Sur hacia I-30 West/Occidente
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

Del área de Midland/Weatherford:

Tome el I-20 East/Oriente hacia I-30 East/Oriente
Tome la salida Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano izquierda en Summit Ave./8th Ave.
Voltee a mano derecha en la calle W. Cannon St.
(tercera calle a mano derecha)
La oficina está en la esquina de la avenida 8th Ave.
y la calle W. Cannon St.

**Usted también puede visitar la página de internet www.cookchildrens.org
para instrucciones de cómo llegar y más información.**