

Formulario de admisión para pacientes internacionales

Sitio en Internet: <http://www.childrens.com>

Teléfono: 214-456-0670

Correo electrónico: CHSTinternationalprogram@childrens.com

Correo postal: Children's Health, Attn: Managed Care, 1935 Medical District Drive, Dallas, TX 75235, USA

Children's HealthSM le da la bienvenida a los pacientes internacionales, pero Children's Health no puede donar atención a pacientes internacionales ni a organizaciones patrocinadoras que traen a niños a los EE. UU. para que reciban atención médica. La atención de la mayoría de los pacientes internacionales es responsabilidad de la familia del paciente, lo que incluye alojamiento local, comidas y gastos de transporte.

Complete este formulario y devuélvalo junto con los registros médicos (traducidos al inglés) y la documentación de respaldo enumerada más adelante. Cuando recibamos el formulario y los registros, uno de nuestros especialistas examinará los documentos para brindar una opinión. A fin de ofrecerle la mejor atención a su hijo, revisaremos con detenimiento sus registros médicos para elegir el mejor tratamiento y atención. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, nuestro personal está a su disposición. Consulte la información de contacto que aparece arriba.

Información del paciente

Nombre: _____, _____, _____
 Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____, _____, _____ Edad: _____ Sexo: O Masculino O Femenino Ciudadanía: _____
 Día Mes Año

Información de residencia permanente

Dirección: _____
 Calle

 Ciudad Estado/Provincia Código postal País

Teléfono particular: _____ Teléfono alternativo: _____

Información adicional

¿Cuál es el idioma que prefiere hablar la familia? _____

¿Desea que proporcionemos un intérprete para la familia durante las visitas médicas? O Sí O No

Afiliación religiosa: _____ Grupo étnico: _____

¿Tiene alguna necesidad especial que deberíamos conocer? _____

¿Cómo se enteró acerca de los Servicios para Pacientes Internacionales de nuestro centro?

Búsqueda en Internet

Médico de Children's Health System of Texas

Embajada

Noticias, medios de comunicación o televisión

Sitio en Internet de Children's Health System of Texas

Familiar o amigo

Fundación

Otro (especifique): _____

Médico externo

Compañía de seguros

Empleador

Formulario de admisión para pacientes internacionales

Información obligatoria

Información del padre/madre 1			
Nombre: _____, _____, _____			
Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento: _____, _____, _____ Edad: _____ Sexo: O Masculino O Femenino Ciudadanía: _____			
Día	Mes	Año	
Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____			
Idiomas hablados: _____			
Idiomas escritos: _____			
Información laboral (padre/madre 1)			
Nombre del lugar de empleo: _____ Teléfono: _____			
Dirección: _____			
Calle			

Ciudad	Estado/Provincia	Código postal	País

Información del padre/madre 2			
Nombre: _____, _____, _____			
Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento: _____, _____, _____ Edad: _____ Sexo: O Masculino O Femenino Ciudadanía: _____			
Día	Mes	Año	
Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____			
Idiomas hablados: _____			
Idiomas escritos: _____			
Información laboral (padre/madre 2)			
Nombre del lugar de empleo: _____ Teléfono: _____			
Dirección: _____			
Calle			

Ciudad	Estado/Provincia	Código postal	País

Formulario de admisión para pacientes internacionales

Información sobre el médico que remite

Indique el nombre del médico que ha remitido al niño a Children's Health System of Texas.

Nombre: _____, _____, _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

¿El médico que remite es el médico de atención primaria del niño?

O Sí O No Si no lo es, suministre la información del médico de atención primaria del niño a continuación.

Nombre: _____, _____, _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Información sobre el hospital o la organización que remite

Nombre: _____

Dirección: _____, _____, _____
Calle Ciudad País

Teléfono: _____ Fax: _____

Información de pago

Métodos de pago

O Transferencia bancaria O Tarjeta de crédito O Efectivo O Cheque O Cheque bancario

O Seguro: Bríndenos la siguiente información y adjunte copias del frente y el dorso de todas las tarjetas de seguro.

Nombre del plan de seguro: _____ Número de teléfono: _____

Dirección para reclamos: _____, _____, _____, _____
Calle Ciudad Estado/Provincia Código postal

Nombre del suscriptor: _____, _____, _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Si su lugar de empleo le suministra su seguro, brinde la siguiente información:

Nombre del lugar de empleo: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del lugar de empleo: _____, _____, _____, _____
Calle Ciudad Estado/Provincia País

Formulario de admisión para pacientes internacionales

Información médica adicional

Diagnósticos actuales del paciente (si se conocen):

¿Se le han diagnosticado otros problemas de salud al niño además de aquellos por los que se solicita tratamiento?

O No O Sí (especifique):

¿El niño se alimenta por boca? O No O Sí

¿El niño recibe alimentación complementaria por sonda nasogástrica o gastrostomía? O No O Sí

¿El niño tiene una vía aérea artificial (traqueotomía)? O No O Sí

¿El niño recibe oxígeno complementario? O No O Sí

¿Habrá un punto de contacto diferente o además de la madre o el padre?

O No O Sí En caso afirmativo, indique el punto de contacto adicional en el formulario de divulgación conforme a HIPAA provisto.

Indique las preguntas médicas específicas que tenga sobre la afección o la atención del niño, o preguntas que desea que respondan nuestros especialistas:

¿Sabe qué tipo de especialista quiere que vea al niño? (No hay problema si usted no tiene esta información):

Formulario de admisión para pacientes internacionales

Autorizo todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, radiografías, análisis de laboratorio, anestesia y otros procedimientos médicos y hospitalarios para mi hijo/a, suministrados o indicados por el médico tratante u otro proveedor de atención de salud, y renuncio a mi derecho a un consentimiento informado del tratamiento. Esta renuncia se aplica si no es posible comunicarse con ninguno de los padres o tutores en caso de emergencia. Cualquier paciente menor de 18 años que venga a los EE. UU. para recibir tratamiento médico debe estar acompañado por un adulto con la facultad legal de prestar consentimiento para atención y tratamiento, lo que incluye intervenciones quirúrgicas de ser necesario.

Firma del padre, madre o tutor:

Fecha:

Si necesita ayuda o tiene preguntas, nuestro personal está a su disposición; llame al 001-214-456-0670.