

Rehabilitation Associates, Inc.

Pediátrico Base de datos médica

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Médico remitente: _____

Nombre elegido (si es diferente del nombre legal)/Apodo : _____

Sexo legal : _____ Si bien reconocemos varios sexos/géneros, desafortunadamente, muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Por favor, comprenda que el nombre legal y el sexo que figuran en su seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro y la facturación. Si su nombre utilizado y/o pronombres son diferentes a estos, háganoslo saber. **Pronombres (si se siente cómodo compartiendo) :**

Información de contacto de emergencia (que no sea la persona que acompaña a este niño a la terapia):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Razón para buscar terapia / ¿Cuáles son los objetivos de terapia de su familia?

Desarrollo prenatal/temprano:

¿Dificultades durante el embarazo/parto/parto? ____ ¿ Nació prematuro? ____ Peso de nacimiento: ____

Si alguno de los anteriores está marcado, explique : _____

Edad en la que se alcanzaron los siguientes hitos del desarrollo:

Rodar: ____ Sentarse: ____ Gatear: ____ Caminar: ____ Balbucear: ____ Primera palabra: ____

¿Su hijo tiene antecedentes de:

Alergias (estacionales, medicamentos, alimentos, etc.): ____ Infecciones frecuentes de oído o tubos en los oídos: ____

Convulsiones: ____ Dificultades con la audición: ____

Hospitalizaciones: ____ ¿Probado de audición? Sí ____ No ____ Fecha (en caso

afirmativo): ____

Cirugías o procedimientos médicos : ____ Problemas visuales o gafas: ____

Huesos rotos o dislocaciones: ____ Problemas gastrointestinales: ____

Problemas cardíacos/corazón: ____ Otro (por favor explique):

Problemas respiratorios/pulmonares: ____

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, explique:

Información adicional:

¿Su hijo utiliza algún equipo (órtesis, aparatos ortopédicos, silla de ruedas, andador, dispositivo de comunicación)?

¿Su hijo ha visto a un especialista o se ha sometido a pruebas médicas/de diagnóstico? _____

¿Está su hijo al día con las vacunas? Sí _____ No (explique a continuación) _____

Si se marca alguna de las opciones anteriores, **explique:** _____

¿Su hijo recibe actualmente o ha recibido alguno de estos servicios?

Desde el nacimiento hasta los tres años: _____ Terapia escolar: _____ Terapia privada/ambulatoria: _____

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Idiomas que se hablan en casa: _____

Personas que viven con su hijo: _____

Describa el entorno de guardería, educativo y/o de juego de su hijo: _____

¿Cuáles son los juguetes o actividades favoritos de su hijo?

¿Tiene su hijo algún problema de conducta? En caso afirmativo, explique/proponga estrategias que haya encontrado efectivas: _____

Medicamentos: _____ Ninguno _____ Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos: (puede adjuntar una hoja adicional si es necesario)

***HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE ASISTENCIA y ACEPTO ENVIAR COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO:**

Firma del Padre / Tutor: _____

* si desea **excluirse de** las comunicaciones por correo electrónico , **consulte aquí :** ☐

Commented [D1]:

*** Verifico que la información proporcionada anteriormente es precisa a mi leal saber y entender.**

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Para ser completado por el médico – no escriba debajo de esta línea.

Política de asistencia revisada con la familia. ☐ Citas permanentes revisadas con familiares o no aplica. ☐

Firma del terapeuta

Fecha