



Debe completarla un padre o tutor (en imprenta).

Fecha de la solicitud (fecha actual de hoy): _____

1. Información del niño (obligatorio)						* campos obligatorios	
Apellido del niño*		Nombre del niño*		Segundo nombre del niño		Sufijo del niño	
Fecha de nacimiento del niño* (mm/dd/aaaa)		Sexo*	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido	Idioma principal		¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Dirección del hogar del niño*			Ciudad*		Estado/Provincia*		
Código postal*		País		Condado		¿La dirección del hogar es la dirección postal?* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Dirección postal permanente del niño (si es diferente a la dirección del hogar)*			Ciudad*		Estado/Provincia*		
Código postal*		País		¿Con quién vive el niño?*		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro, relación	
N.º de teléfono principal*		<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> no tiene teléfono <input type="checkbox"/> other:		N.º de teléfono alternativo 1		<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:	
N.º de teléfono principal*		<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> no tiene teléfono <input type="checkbox"/> other:		N.º de teléfono alternativo 2		<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:	

2. Información médica (obligatoria)				* campos obligatorios	
¿Cuál es el diagnóstico o el problema médico de su hijo? Se puede adjuntar cualquier fotografía que pueda describir mejor la enfermedad de su hijo					
Aparición del problema* <input type="checkbox"/> Antes del nacimiento (congénito) <input type="checkbox"/> Lesión Fecha:: <input type="checkbox"/> Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> Lesión, fecha desconocida <input type="checkbox"/> Aparición al comenzar a caminar <input type="checkbox"/> Otro, describir <input type="checkbox"/> Desarrollado recientemente					
¿Qué servicios o atención médica espera recibir de Shriners Hospitals for Children®?*					
¿Qué tratamientos previos se han proporcionado? (tratamientos y cirugías, fechas, etc.)					
¿Hay radiografías disponibles? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Fecha de la radiografía más reciente		Fecha de la última consulta a un médico	
▶ Adjuntar cualquier otra información médica que tenga en relación con este problema como una carta de derivación de un médico o antecedentes médicos anteriores					

3. Información del médico que realiza la derivación			<input type="checkbox"/> No hay médico que lo derive		* campos obligatorios	
Apellido del médico que realiza la derivación*		Nombre del médico que realiza la derivación		Especialidad del médico que realiza la derivación		
Dirección del consultorio del médico que realiza la derivación			Ciudad*		Estado/Provincia*	
Código postal		País		Número de teléfono con código de área		

4. Información del médico de cabecera (PCP)			<input type="checkbox"/> El mismo que el médico que realiza la derivación <input type="checkbox"/> No tiene médico de cabecera		* campos obligatorios	
Apellido del médico de cabecera*		Nombre del médico de cabecera*		Especialidad del médico de cabecera		
Dirección del consultorio del médico de cabecera			Ciudad*		Estado/Provincia*	
Código postal		País		Número de teléfono con código de área		

Se debe completar al menos una de las secciones 5, 6 ó 7.

Nombre del niño: _____

5. Información de la madre <input type="checkbox"/> No aplicable				* campos obligatorios	
Apellido de la madre*		Nombre de la madre*		Apellido de soltera de la madre	
Dirección de la madre <input type="checkbox"/> la misma del niño		Ciudad		Estado/Provincia*	
Código postal*	País		Condado	Estado civil <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> viuda <input type="checkbox"/> separada	
N.º de teléfono principal* <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> no tiene teléfono <input type="checkbox"/> otro:		N.º de teléfono alternativo 1 <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	

6. Información del padre <input type="checkbox"/> No aplicable				* campos obligatorios	
Apellido del padre*		Nombre del padre*		Apellido de soltera del padre	
Dirección del padre* <input type="checkbox"/> la misma del niño		Ciudad*		Estado/Provincia*	
Código postal*	País		Condado	Estado civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> separado	
N.º de teléfono principal* <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> no tiene teléfono <input type="checkbox"/> otro:		N.º de teléfono alternativo 1 <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	

7. Información del tutor legal (si es diferente al padre) <input type="checkbox"/> No aplicable				* campos obligatorios	
Apellido del tutor legal*		Nombre del tutor legal*		Apellido de soltera del tutor legal	
Dirección del tutor legal* <input type="checkbox"/> la misma del niño		Ciudad*		Estado/Provincia*	
Código postal*	País		Condado	Relación con el niño*	
N.º de teléfono principal* <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> no tiene teléfono <input type="checkbox"/> otro:		N.º de teléfono alternativo 1 <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	

8. Otro familiar con custodia <input type="checkbox"/> No aplicable				* campos obligatorios	
Apellido del familiar*		Nombre del familiar*		Apellido de soltera del familiar	
Dirección del familiar* <input type="checkbox"/> la misma del niño		Ciudad*		Estado/Provincia*	
Código postal*	País		Condado	Relación con el niño*	
N.º de teléfono principal* <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> no tiene teléfono <input type="checkbox"/> otro:		N.º de teléfono alternativo 1 <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	

9. Información del Shriner		
Nombre del templo		Apellido del padrino del Shriner
Dirección del padrino del Shriner		Nombre del padrino del Shriner
Ciudad		Estado/Provincia
Código postal	País	¿Cuál es el estado ambulatorio del niño?

10. ¿Cómo conocio sobre Shriners Hospitals for Children?		
<input type="checkbox"/> Cartelera	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Escuela/maestro
<input type="checkbox"/> Calcomanía	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Miembro del Shriner
<input type="checkbox"/> Familiar/usted mismo	<input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica	<input type="checkbox"/> Televisión
<input type="checkbox"/> Amigo (no es miembro del Shriner)	<input type="checkbox"/> Afiche / cartel	<input type="checkbox"/> Línea telefónica
		<input type="checkbox"/> Sitio web/Internet
		<input type="checkbox"/> Se desconoce
		<input type="checkbox"/> Otro, describir: