



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 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"/> Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> Aparición al comenzar a caminar <input type="checkbox"/> Desarrollado recientemente					
Fecha: <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Lesión, fecha desconocida <input type="checkbox"/> Otro, describir					
¿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			* campos obligatorios	
Apellido del médico que realiza la derivación*			Nombre del médico que realiza la derivación	
Dirección del consultorio del médico que realiza la derivación			Especialidad del médico que realiza la derivación	
Código postal		País		Número de teléfono con código de área

4. Información del médico de cabecera (PGP)			* campos obligatorios	
Apellido del médico de cabecera*			Nombre del médico de cabecera*	
Dirección del consultorio del médico de cabecera			Especialidad del médico de cabecera	
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*		Segundo 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		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	
				<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:			

6. Información del padre				<input type="checkbox"/> No aplicable		* campos obligatorios	
Apellido del padre*		Nombre del padre*		Segundo nombre del padre		Sufijo 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		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	
				<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:			

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*		Segundo nombre del tutor legal		Sufijo / Apellido de soltera	
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		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	
				<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:			

8. Otro familiar con custodia				<input type="checkbox"/> No aplicable		* campos obligatorios	
Apellido del familiar*		Nombre del familiar*		Segundo nombre del familiar		Sufijo / Apellido de soltera	
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		Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	
				<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> localizador <input type="checkbox"/> otro:			

9. Información del Shriner					
Nombre del templo		Apellido del padrino del Shriner		Nombre del padrino del Shriner	
Dirección 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"/> Sitio web/Internet
<input type="checkbox"/> Calcomanía	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Miembro del Shriner	<input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Familiar/usted mismo	<input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Otro, describir:
<input type="checkbox"/> Amigo (no es miembro del Shriner)	<input type="checkbox"/> Afiche / cartel	<input type="checkbox"/> Línea telefónica	