



Pediatric Endocrinology & Diabetes Clinic

Priscilla Rodas, MD

Zeinab Zorkot, MD

Estimados padres de familia:

Gracias por elegir la Clínica de Endocrinología Pediátrica y Diabetes del Hospital Huntsville para la atención médica de su hijo.

Nuestro sitio web debería ayudarle a responder cualquier pregunta sobre nuestra clínica. Queremos que conozca los servicios de nuestra clínica y lo que puede esperar durante su visita. Por favor, complete los formularios que se encuentran en línea para nuevos pacientes antes de su cita. Los formularios completados deben llegar a nuestra clínica antes de la fecha de la cita de su hijo, ya sea por correo postal o por fax.

El día de la cita de su hijo, por favor traiga sus tarjetas de identificación, tarjetas de seguro, lista de medicamentos, así como el método de pago para sus copagos y/o deducibles. Pedimos que todos los pacientes lleguen 15 minutos antes de la hora de la cita. De esta manera, su hijo podrá ser atendido por el médico a la hora programada.

Si su hijo tiene diabetes, por favor traiga TODOS los libros de registro, glucómetros, insulina y suministros a cada cita. Si su hijo tiene una bomba de insulina o un monitor continuo de glucosa, por favor traiga una copia de la descarga de las últimas dos semanas, ya que actualmente no podemos hacer la descarga en la clínica.

Si no puede acudir a su cita o si va a llegar tarde, llame a nuestra clínica al (256) 265-1770 lo antes posible. Estaremos encantados de reprogramarle en un horario más conveniente para usted.

Tenga en cuenta que todas las citas deben ser confirmadas con al menos cuatro días hábiles de antelación. La falta de dicha confirmación supondrá la cancelación de la cita de su hijo.

Atentamente,

Amanda Cantrell
Administradora de la Clínica
Clínica de Endocrinología Pediátrica y Diabetes del Hospital de Huntsville

920 Franklin Street
Huntsville, AL 35801
(256) 265-1770
(256) 265-1761 fax



Hoja de información del nuevo paciente Fecha: _____

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

Nombre del pediatra o médico de familia: _____

Principal queja: *(¿Cuál es el principal problema?)* _____

¿Se han realizado análisis u otras pruebas a su hijo por este problema? En caso afirmativo, indique el lugar y la fecha. _____

Enfermedad actual: *(Describa los síntomas actuales, cuándo empezaron, qué médicos le han atendido y qué tratamientos han sido probados)* _____

Medicamentos actuales: *(Incluya las dosis y las horas en que se toman los medicamentos)* _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO

¿Cuánto duró el embarazo? _____

¿Hubo algún problema durante el embarazo o el parto? No Sí, explique: _____

¿Qué medicamentos o drogas se utilizaron durante el embarazo? *(Incluya el tabaco y el alcohol)* _____

Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____ Puntuaciones de Apgar (si se conocen): _____

Describa cualquier problema que haya surgido después del parto: _____

Alergias: _____

Antecedentes médicos previos: *(Describa CUALQUIER hospitalización, cirugía, enfermedad grave o infección anterior, e incluya la edad del paciente en el momento del problema)* _____

¿Están al día todas las vacunas recomendadas para la edad? Sí No No sé

Historial del desarrollo: Normal Con retraso. Por favor, explique: _____

Antecedentes familiares: (Describa a cualquier persona de la familia con problemas similares)

Edad de la madre: _____ Estatura de la madre: _____ Edad del primer ciclo menstrual de la madre: _____

Enumere cualquier problema de salud: _____

Edad del padre: _____ Estatura del padre: _____ Edad de inicio de la pubertad del padre: _____

Enumere cualquier problema de salud: _____

Hermanos: (Enumere todos los hermanos y hermanas con sus edades y cualquier problema médico o escolar)

Revisión de los sistemas Marque cualquier síntoma que haya tenido su hijo en el último año:

General

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Debilidad
- Fatiga
- Sudoración

Ojos

- Visión borrosa
- Visión doble
- Ceguera
- Dolor/enrojecimiento de los ojos

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

- Discapacidad auditiva
- Zumbidos en los oídos
- Infecciones de oído
- Hemorragias nasales
- Sangrado de encías
- Dolor de garganta frecuente
- Problemas frecuentes de sinusitis
- Dificultad para tragar

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Presión alta
- Palpitaciones
- Soplo cardíaco

Pecho

- Tos
- Tuberculosis
- Asma/Sibilancias
- Toser sangre

Gastrointestinal

- Pérdida de apetito
- Sed excesiva
- Náuseas/Vómitos
- Estreñimiento
- Diarrea
- Acidez estomacal
- Úlceras
- Dolor abdominal

Genitourinario

- Pérdida de control de vejiga
- Orinar con frecuencia
- Dolor/ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Cálculos renales
- Ciclo menstrual irregular
- Edad del primer ciclo menstrual _____

Musculoesquelético

- Debilidad muscular
- Calambres
- Dolor de cuello
- Problemas de espalda
- Dolor/rigidez articular
- Artritis

- Deformidades

Piel/Senos

- Erupciones
- Tendencia a tener hematomas
- Cambios en cabello/uñas

Endocrino

- Problemas de tiroides
- Bocio
- Diabetes/Azúcar en la sangre
- Intolerancia al calor o al frío
- Poco crecimiento
- Pubertad temprana
- Desarrollo de los senos
- Retraso en la pubertad
- Genitales anormales
- Desarrollo de vello púbico
- Olor corporal
- Acné
- Vello facial anormal (mujer)
- Vello corporal anormal (mujer)

Hematológico/Linfático

- Anemia
- Tendencia a sangrar
- Tendencia a tener hematomas
- Transfusiones de sangre
- Glándulas inflamadas

Alérgico

- Eczema

- Urticaria

- Reacciones alérgicas

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de humor
- Alucinaciones
- Abuso de drogas
- Abuso del alcohol
- Pensamientos suicidas
- Autolesiones (es decir, cortes)

Neurológico

- Dolores de cabeza
- Lesión en la cabeza
- Pérdida del conocimiento
- Convulsiones
- Pérdida de sensibilidad
- Hormigueo
- Temblores
- Problemas de habla
- Marcha inestable
- Cambios conductuales
- Desmayos
- Dolor
- Problemas de memoria
- Derrame cerebral
- Sensación de ardor
- Desorientación
- Mareos
- Tics
- Otros. Favor de incluirlos: _____

Por favor, escriba los detalles de todos los síntomas marcados

Firma de la persona que completa este formulario _____ Fecha _____

Información del paciente Nombre del paciente _____ F. de nac. _____ Sexo H M
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono preferido _____ Núm. alternativo _____ No. de SS _____
Idioma preferido _____ Médico de cabecera o que deriva _____
Nombre de la madre/tutora _____ F. de nac. _____ No. de SS _____
Dirección _____
Teléfono _____ Correo electrónico de la madre/tutora _____
Empleador _____
Nombre del padre/tutor _____ F. de nac. _____ No. de SS _____
Dirección _____
Teléfono _____ Correo electrónico del padre/tutor _____
Empleador _____
En caso de emergencia, avisar a _____ Parentezco _____
Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____
El paciente vive con _____

Si el paciente es menor de edad, indique las personas, aparte del responsable mencionado anteriormente, que tienen permiso para llevar al niño a la clínica para recibir tratamiento.

Nombre _____ Parentezco _____ Teléfono _____
Nombre _____ Parentezco _____ Teléfono _____
Nombre _____ Parentezco _____ Teléfono _____

Seguro primario que se registrará en Archivo

Nombre de la compañía de seguros _____
Núm. de póliza _____ Núm. de grupo _____
Nombre del asegurado _____ Parentezco con el paciente _____
Núm. de SS/ID del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Seguro secundario que se registrará en Archivo

Nombre de la compañía de seguros _____
Núm. de póliza _____ Núm. de grupo _____
Nombre del asegurado _____ Parentezco con el paciente _____
Núm. de SS/ID del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Acepto que el pago se realizará en el momento del servicio. Acepto pagar todos los copagos, cargos no cubiertos o de rutina, deducibles y montos de coaseguro que correspondan. En el caso de que esta cuenta se entregue a una agencia para su cobranza, seré responsable de todos los gastos de cobranza, las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Autorizo a HH Pediatric Endocrinology & Diabetes Clinic a divulgar información a las compañías de seguros y a que las compañías de seguros divulguen información a HH Pediatric Endocrinology & Diabetes Clinic con respecto a mi enfermedad, tratamiento y pagos (incluyendo la compensación de los trabajadores) y por la presente cedo a los médicos todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes, si la cesión es aplicable.

Firma del padre/tutor _____
Parentezco con el paciente _____
Fecha _____ Hora _____

Horario de la clínica

De lunes a jueves, 8 a. m. – 5 p. m. (cerrado para el almuerzo, de 12 p. m. a 1 p. m.)

Viernes, 8 a. m. – 12 p. m.

Pautas de contacto para padres y cuidadores

Si tiene una emergencia, llame al 911. No llame a la clínica por una emergencia que amenace su vida.

Si tiene un problema urgente fuera del horario de atención, favor de llamar a la clínica para ser transferido al servicio de respuesta, quien se pondrá en contacto con el médico de guardia. Por favor, tenga en cuenta que en este momento no hay un médico de guardia durante los fines de semana, excepto para emergencias. Cuando nuestro médico esté fuera de la ciudad, no habrá un médico de guardia.

Si tiene un problema o una pregunta que no es urgente, llame a la clínica durante el horario laboral. Por favor, espere 24 horas para que el personal de enfermería le devuelva la llamada.

Por favor, confirme su cita al menos cuatro días hábiles antes de la fecha de la misma. La falta de dicha confirmación supondrá la cancelación de la cita de su hijo.

Si no llega con 15 minutos de antelación a la cita de su hijo, esta será reprogramada.

Por favor, permítanos un plazo de 1 a 2 semanas para recibir y notificarle los resultados de su prueba/análisis de laboratorio, ya que la mayoría de las muestras tienen que ser enviadas a un laboratorio externo. No se entregarán resultados fuera del horario de la clínica.

Si necesita que se completen los formularios, por favor déjelos en la clínica y denos un plazo de tres días hábiles para completarlos.

Para resurtir recetas, póngase en contacto con nuestra clínica durante el horario laboral normal. Por favor, denos un plazo de tres días hábiles para hacer esto. No acudir a la cita puede poner en peligro la entrega de sus medicinas. Resurtir medicamentos de rutina no es un asunto urgente y no se realizará fuera del horario.

Si su receta requiere una autorización previa, por favor espere de 7 a 10 días hábiles para que se procese el papeleo y la receta esté disponible en su farmacia. Las excepciones son: hormona del crecimiento, Lupron, bomba de insulina y CGM. Estos pueden tardar varias semanas en ser aprobados. Las autorizaciones previas no serán atendidas fuera del horario.

Si usted es un paciente con diabetes, por favor traiga **TODOS** los libros de registro, glucómetros, insulina y suministros a cada cita.

Si tiene una bomba de insulina o un monitor continuo de glucosa, traiga a su cita una copia de la descarga de las últimas dos semanas.

En caso de condiciones climáticas adversas, por favor llame a la clínica para asegurarse de que estamos trabajando.