



OFFICE USE ONLY: Medical Record Number: _____
Appointment Type: SPEV PERSP Hearing Voice Reading Stuttering VCD/Cough Other: _____
Mailed: ____/____/____ Received: ____/____/____ Schedule Date: ____/____/____

Fecha de la cita: ____/____/____ Hora: ____:____ AM PM

SU CITA FUE PROGRAMADA EN LA SIGUIENTE UBICACIÓN MARCADA:

Scottish Rite Temple
1330 E Linwood Blvd
Kansas City, MO 64109
Teléfono: 816-561-2277 ext 108

**Children's Mercy Kansas
College Boulevard Clinics**
5520 College Blvd
Overland Park, KS 66211
Teléfono: (913) 696-5750
Fax: (913) 696-5761

Children's Mercy Northland
501 NW Barry Road
Kansas City, MO 64155
Teléfono: (816) 413-2500
Fax: (816) 234-3291

Children's Mercy Broadway
3101 Broadway
Kansas City, MO 64111
Teléfono: (816) 960-4001
Fax: (816) 302-9913

Children's Mercy East
20300 Valley View Pkwy
Independence, MO 64057
Teléfono: (816) 478-5200
Fax: (816) 478-5993

ANTES DE SU CITA:

- Complete y devuelva este cuestionario y cualquier formulario adjunto. **En el sobre proporcionado, envíe por correo:**
 - ✓ Este cuestionario con todas las secciones debidamente llenadas y todos los adjuntos.
 - ✓ Otros formularios incluidos en este cuestionario que también haya completado:
Copias de cualquier prueba de audición, reportes de habla u otros reportes de la escuela que nos ayudarán a conocer a su niño;
 - ✓ Una fotografía reciente de su niño, si es posible.
- Si prefiere registrarse en internet, vaya a la página <http://www.childrensmercy.org/> y haga clic en *Parents & Children*, luego haga clic en *Pre-Registration*. Finalmente, elija *Hearing and Speech Clinic* o *Hearing & Speech* del menú desplegable adecuado. Complete el formulario de registro al menos una semana antes de su visita.
- Si tiene un seguro comercial: Verifique su cobertura. Pida que su médico complete todas las referencias o formularios de autorización necesarios. Envíe por fax al número que aparece en la ubicación correspondiente a su cita. También puede enviarlos o traerlos con su otra documentación.
- El Hospital Children's Mercy ("CMH") acepta Medicaid.
- Comuníquese con la oficina de Consejería Financiera de CMH al (816) 234-3567 para hablar de opciones adicionales.
- Haga arreglos para que cuiden a él/los otro(s) niño(s).

EL DÍA DE SU VISITA:

- Permita de 2 a 3 horas completas para su visita.
- Alimente a su niño antes de venir o traiga un aperitivo.
- Le pediremos que permanezca con su niño y que participe durante la evaluación.

Podrá hablar sobre los resultados de la prueba y cualquier recomendación con el terapeuta del habla el día de su cita.

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Idioma: _____



Nombre del niño: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (____) _____ - _____

Padre/Tutor: _____ Idioma: _____

Edad: _____ ¿Vive en la casa? No Sí

Nivel de educación más alto: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Otro teléfono: (____) _____ - _____

Madre/Tutor: _____ Idioma: _____

Edad: _____ ¿Vive en la casa? No Sí

Nivel de educación más alto: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Otro teléfono: (____) _____ - _____

Contacto de emergencia/Relación con el niño: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Hermanos y hermanas:

Nombre	Sexo	Edad	¿Vive en la casa?	Problemas en el pasado o presente
_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____

Médico de cabecera (PCP por sus siglas en inglés): _____ Teléfono del consultorio: (____) _____ - _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Guardería/Preescolar/Escuela: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Maestro/Persona de contacto: _____ Fax: (____) _____ - _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Médico de referencia (si no es PCP): _____ Teléfono del consultorio: (____) _____ - _____

¿Hemos visto a su niño en Children's Mercy? No Sí (ver a continuación)

Si es afirmativo, en qué clínica/unidad y ¿cuándo? _____

RAZÓN DE LA VISITA

Describe el/los problema(s) que su niño tiene y cuándo fue que los notó por primera vez: _____

¿Qué objetivos le gustaría que se cumplan como resultado de esta evaluación? _____

HISTORIAL MÉDICO

1. Medicinas actuales, incluyendo vitaminas, suplementos herbales, medicina sin receta (menciónelos y para qué son): Ninguno



Nombre del niño: _____

HISTORIAL MÉDICO (continuado)

2. Alergias: No se le conocen alergias

3. Marque todas las que correspondan a su niño ahora o en el pasado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ronquera |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención (hiperactividad) (ADD/ADHD) | <input type="checkbox"/> Incapacidad o falta de ganas para permanecer quieto |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Falta de coordinación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Falta de compañeros de juego (o compañeros de juego de su edad) |
| <input type="checkbox"/> Problemas para respirar, con o sin ejercicio | <input type="checkbox"/> Discapacidad para el aprendizaje o aprendizaje lento |
| <input type="checkbox"/> Torpeza | <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples (describa abajo) |
| <input type="checkbox"/> Dolor o infección en el oído | <input type="checkbox"/> No sigue instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Memoria pobre (es olvidadizo) |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Alergias de temporadas (rinitis alérgica) |
| <input type="checkbox"/> Problemas para alimentarse | <input type="checkbox"/> Problema de habla o lenguaje (por ejemplo dificultad para entender, leer o deletrear) |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes, problemas de sinusitis o drenaje de líquido | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |
| <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Berrinches |
| <input type="checkbox"/> Problema de audición o problema para escuchar o entender bajo algunas condiciones | <input type="checkbox"/> Enfermedades/infecciones respiratorias altas |
| <input type="checkbox"/> Acidez o reflujo | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud o enfermedad grave |

4. Describa cualquier preocupación relacionada con los puntos que marcó arriba y anote la información a continuación relacionada a los especialistas que no son parte de CMH.

• Nombre del especialista o proveedor de servicio: _____
Tipo de profesional o especialista: Consejero/Sicólogo Siquiatra Terapia física/ocupacional
 Audiólogo Terapeuta del habla/lenguaje Otro: _____
Teléfono: (____) _____ - _____ Dirección: _____
Tipo de evaluación, pruebas, y/o servicios para el tratamiento: _____
¿Con qué motivo? _____
¿Por cuánto tiempo le brindaron estos servicios? _____
Resultados: _____

• Nombre del especialista o proveedor del servicio: _____
Tipo de profesional o especialista: Consejero/Sicólogo Siquiatra Terapia física/ocupacional
 Audiólogo Terapeuta del habla/lenguaje Otro: _____
Teléfono: (____) _____ - _____ Dirección: _____
Tipo de evaluación, pruebas, y/o servicios para el tratamiento: _____
¿Con qué motivo? _____
¿Por cuánto tiempo le brindaron estos servicios? _____
Resultados: _____

5. ¿Ha sido hospitalizado su niño? No Sí, explique: _____

6. ¿Ha tenido cirugía su niño? Marque y anote las fechas para todas las que corresponda:

- Amigdalectomía: ____/____/____ Tubos en el oído: ____/____/____ Adenoamigdalectomía: ____/____/____
 Otro: _____, ____/____/____ Otro: _____, ____/____/____



Nombre del niño: _____

HISTORIAL MÉDICO (continuado)

7. ¿Algún familiar de su niño ha tenido una de las siguientes? (Marque y explique todas las que correspondan)
- Problemas de audición o pérdida de audición: _____
 - Problemas de habla o lenguaje: _____
 - Problemas para leer o aprender: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO Y DESARROLLO GENERAL

1. Peso al nacer: ____ lb ____ oz
2. Marque todas las que correspondan: Término completo Prematuro, ____ semanas Parto normal Cesárea
3. ¿La madre tuvo complicaciones o problemas de salud durante el embarazo? No Sí, describa: _____
4. ¿Su niño tuvo problemas para aprender a mamar de recién nacido? No Sí, explique: _____
5. Marque cada hito del desarrollo que su niño ha alcanzado y escriba la edad en que realizó cada uno por primera vez:
 - Sentarse solo: _____ Caminar solo: _____ Comer con una cuchara: _____
 - Beber con biberón: _____ Beber con taza: _____ Comer alimentos de mesa: _____ Comer solo: _____
 - Abrocharse botones: _____ Quitarse el abrigo: _____ Vestirse solo: _____
 - Seguir instrucciones simples: _____ Responder a su nombre: _____
 - Decir primeras palabras (empezar a balbucear): _____ Decir "mamá" o "papá" sabiendo lo que significa: _____
 - Decir oraciones con 2 a 3 palabras: _____
 - Describir actividades a otras personas: _____ Involucrarse en conversaciones: _____
6. ¿Le preocupó que su niño no alcance los hitos del desarrollo? No Sí, explique: _____
7. ¿Con qué frecuencia le lee a su niño? 1-2 veces al día 1-2 veces a la semana 1-2 veces al mes
8. ¿Ha sido entrenado su niño para ir al baño? No Sí (vea abajo)

Si la respuesta es afirmativa: ¿cuándo comenzó el entrenamiento? _____

¿cuándo completó el entrenamiento? _____

 Firma de la persona que completa este formulario

 Relación con el niño

 Nombre impreso de la persona que completa este formulario

____/____/____
 Fecha

FOR STAFF USE DURING VISIT:

- Pain Assessment: Is there pain now? No Yes, check one: See clinic record/notes. Referred to primary care provider (PCP).
- Informant: Patient Parent Other See "Outpatient Pain Assessment and Management Record" (#7080-002).
- Cultural/Religious Practices: None Yes: _____
- Emotional/Family/Home Concerns: None Yes: _____
- Barriers to Learning: None Vision Reading Hearing Language Learning Disability Other: _____
- Learning Needs Identified: None Yes: _____
- Reviewed By (signature/title): _____ Date: ____/____/____ Time: _____ hours