



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES NUEVOS

### Información personal

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M o F

#### Tutor legal 1

Dirección física:

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:

\_\_\_\_\_

**Teléfono:**

\_\_\_\_\_

¿Envías mensajes de texto? S o N

Dirección postal:

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:

\_\_\_\_\_

**Correo electrónico:**

\_\_\_\_\_

#### Tutor legal 2

Dirección física:

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:

\_\_\_\_\_

Teléfono:

\_\_\_\_\_

¿Envías mensajes de texto? S o N

Dirección postal:

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:

\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Contacto y relación de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Si está bajo el cuidado del Estado, nombre del trabajador social \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

[ ] Al marcar esta casilla, acepto recibir mensajes SMS sobre la información de la cita de Achievement Therapy Center en el número de teléfono proporcionado anteriormente. La frecuencia de los SMS puede variar. Es posible que se apliquen tarifas de datos. Envíe un mensaje de texto con la palabra HELP para obtener ayuda. Responda STOP para optar por no recibir mensajes SMS. Revise nuestra Política de privacidad y términos de servicio en [aktherapyforkids.com/privacy-policy](http://aktherapyforkids.com/privacy-policy)



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

### Seguro Primario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_ relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_ relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Proporcione una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro o calcomanía de Medicaid\*\*\*\*\*

### LIBERACIÓN, CESIÓN Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Autorizo a Achievement Therapy Center, LLC y/o a sus agentes a facturar directamente a mi compañía de seguros y acepto ser responsable de todos los montos no cubiertos por la compañía de seguros. También estoy de acuerdo en permitir que Achievement Therapy Center, LLC divulgue cualquier registro médico que sea solicitado por la compañía de seguros para el pago del servicio. Por la presente, autorizo el pago directamente a Achievement Therapy Center, LLC por la terapia prestada.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## ESTADO DE POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Achievement Therapy Center, LLC para sus servicios. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Su comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. La siguiente es nuestra Política Financiera, que requerimos que lea, inicial y firme antes de cualquier tratamiento. Pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, política financiera o su responsabilidad. **ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y TARJETAS DE CRÉDITO.**

\_\_\_\_\_ Seguro (Inicial) es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. El copago, si corresponde, los deducibles y el coseguro se pagan en cada visita.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Achievement Therapy Center, LLC tiene una política para facturar a su compañía de seguros como cortesía. Después de presentar el reclamo, reservaremos la parte de su saldo que se espera que esté cubierta por su seguro hasta por 60 días. Sin embargo, requerimos el pago de su parte estimada en el momento del servicio. Si la compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de los 60 días, el saldo restante pasará a ser su responsabilidad. No participaremos en disputas con su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos o cargos cubiertos, excepto para proporcionar información cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Como cortesía, Achievement Therapy Center, LLC verificará su cobertura de seguro y obtendrá la autorización necesaria para nuestros servicios, ya sea de su médico de atención primaria o directamente del departamento de autorización de su proveedor de seguros. Tenga en cuenta que obtener la autorización no garantiza el pago de los servicios hasta que se haya procesado un reclamo. Si su compañía de seguros no cubre los cargos, el pago vencerá al recibir los servicios.

\_\_\_\_\_ (Inicial) El pago de todas las cuentas pendientes vence en su totalidad antes de interrumpir la terapia con Achievement Therapy Center, LLC, independientemente de los pagos pendientes del seguro. No se divulgará ninguna información de esta oficina hasta que el saldo total se pague en su totalidad. Entiendo que en caso de que el pago no se realice de manera oportuna, la información de mi cuenta morosa se enviará a la agencia de cobranza, que también informa a la agencia de crédito y se agregará una tarifa de procesamiento razonable al saldo de mi cuenta.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que soy responsable de comunicar a Achievement Therapy Center, LLC de cualquier cambio en la cobertura del seguro. El no hacerlo puede resultar en la responsabilidad total del pago de los servicios.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Requerimos una tarjeta de crédito registrada para cada cliente. Cualquier saldo pendiente en el estado de cuenta menor o igual a \$150 se cobrará automáticamente el día 1 de cada mes. Cualquier saldo acumulado superior a \$150 requiere el pago inmediato en su totalidad o un acuerdo de plan de pago en el archivo. Los planes de pago requieren un pago mensual de al menos el 10% del saldo acumulado en el momento del acuerdo.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## POLÍTICA DE CANCELACIÓN

La asistencia es crucial para lograr sus objetivos terapéuticos, ya que su médico de atención primaria considera que las citas son médicamente necesarias. Entendemos que pueden surgir situaciones inesperadas y es posible que sea necesario cancelar las citas. Para maximizar la disponibilidad para todos los clientes, le solicitamos que avise con suficiente antelación si necesita cancelar. Esto nos permite ofrecer el tiempo a los demás. Nuestros terapeutas harán todo lo posible para extender la misma cortesía. Gracias por su comprensión y cooperación en ayudarnos a brindar la atención necesaria a todos nuestros clientes.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Como cortesía, notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Para las citas de los lunes por la mañana, le pedimos que nos notifique antes del domingo a las 5:00 pm por mensaje de texto o correo de voz. Si no se cancela dentro del tiempo requerido, se agregará una tarifa de \$ 25.00 a la cuenta del cliente

\_\_\_\_\_ (Inicial) Reconocemos que es posible que no pueda proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas debido a una enfermedad inesperada, emergencia familiar, etc. Le pedimos que trate de avisar a su terapeuta proveedor con la mayor anticipación posible, sin embargo, este tipo de cancelaciones, con respecto a las tarifas anteriores, dependen al 100% de la discreción de la clínica.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Un No Show se considera falta de cancelación o falta de presentación a una cita programada, se agregará una tarifa de \$ 50.00 a la cuenta del cliente. Después de 2 "no shows", Achievement Therapy Center se reserva el derecho de suspender o terminar los servicios.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Requerimos una tasa de asistencia del 65% y es posible que debamos eliminar al cliente del horario del terapeuta si no se hacen esfuerzos para mantener esta tasa. Nota: Calculamos la asistencia trimestralmente y, como cortesía, le notificaremos si su porcentaje cae por debajo del 65% requerido.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Si necesita cancelar la terapia por un período prolongado (por ejemplo, debido a problemas de vacaciones o seguro), la gerencia revisará y aprobará cualquier solicitud de retención caso por caso.

\*Para aquellos que reciben servicios a través de Medicaid: Las ausencias a las citas ocurren en todas las prácticas médicas, y la División de Servicios de Atención Médica (DHCS) reconoce que este problema puede tener impactos negativos. Como informantes obligatorios, se puede completar un informe de "no presentación" dentro de los siete días posteriores a la cita faltante. Esto es para apoyar el trabajo de la Unidad de Aseguramiento de la Calidad (QA) del DHCS en la mitigación de estos incidentes.

### NUESTRA PROMESA

Los terapeutas de Achievement Therapy Center harán todo lo posible para brindarle la misma cortesía. Esta política nos permite abrir citas que de otro modo no se utilizarían para atender mejor las necesidades de todos nuestros clientes y proporcionar a todos nuestros niños las terapias que necesitan y merecen. Gracias por su comprensión y cooperación.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## CANCELACIONES POR ENFERMEDAD

Reconocemos que es posible que no pueda proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas debido a una enfermedad, si usted o su hijo están enfermos, le pedimos que intente avisar a la recepcionista con la mayor anticipación posible. Le proporcionaremos la misma cortesía en caso de que alguno de nuestros terapeutas esté enfermo y no pueda brindar su sesión programada.

Le pedimos que utilice el criterio de los padres para enfermedades leves como tos o secreción nasal. Para enfermedades más graves, le pedimos que su hijo esté libre de síntomas durante 24 horas antes de su próxima cita programada.

(Se pueden hacer excepciones con una nota del médico). Estos síntomas incluyen, entre otros, los siguientes:

- Diarrea
- Vómito
- Fiebre
- Erupciones
- Conjuntivitis
- Varicela
- Piojo
- Chinchas
- Cualquier otra enfermedad/infestación que requiera atención médica.

Por favor, informe a la recepcionista de cualquier enfermedad o lesión reciente que pueda afectar sus sesiones de terapia.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende esta política.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## AVISO DE INFORMANTES OBLIGATORIOS

Los terapeutas de Achievement Therapy Center están reconocidos por el estado de Alaska como informantes obligatorios. Esto significa que están legalmente obligados a informar sobre sospechas razonables de abuso o negligencia para proteger a los niños con los que trabajan.

Las acciones denunciables incluyen, entre otras, negligencia general, abuso físico, abuso verbal, abuso emocional, abuso sexual y abuso de sustancias. Esto también incluye que un padre esté bajo cualquier momento de influencia en presencia de su hijo fuera del hogar, particularmente cuando proporciona transporte (como hacia y desde la clínica). Las sustancias continúan calificando a un padre o hijo como bajo la influencia, ya sea que las sustancias sean (recreativamente) legales o no.

Tenga en cuenta que nuestros terapeutas reconocen que criar a los niños, particularmente a los niños con necesidades adicionales, es difícil. Aplaudimos a nuestros padres por continuar esforzándose para ayudar a sus hijos a recibir los servicios que necesitan, y queremos ayudar a nuestras familias de cualquier manera que podamos. Estamos más que felices de brindarle recursos adicionales si es necesario para ayudarlo a superar obstáculos difíciles a lo largo del desarrollo de su hijo. Estas son conversaciones desafiantes, pero importantes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que comprende que los empleados aquí son informantes obligatorios y están obligados por ley a informar cualquier sospecha de abuso potencial en cualquier forma.

Háganos saber si tiene alguna pregunta o desea más aclaraciones.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que \_\_\_\_\_ (menor de edad) sea evaluado por Achievement Therapy Center, LLC (incluidos todos los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y/o terapeutas del habla del personal). Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el examen y la realización de cualquier prueba o procedimiento necesario para evaluar y tratar al paciente menor de edad mencionado anteriormente.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## LIBERACIÓN DE FOTOS (opcional)

\_\_\_\_\_ (Inicial) Doy permiso a Achievement Therapy Center, LLC para fotografiar/grabar en video a mi hijo con fines de evaluación, tratamiento, planes de atención, educación y documentación.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Doy permiso a Achievement Therapy Center, LLC para fotografiar/grabar en video a mi hijo con fines de marketing

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, como abajo firmante, actuando como tutor legal y/o poder notarial legal, doy mi consentimiento informado para que el niño participe en cualquier actividad de terapia ocupacional, física o del habla que se lleve a cabo en cualquier lugar, esto incluye actividades terapéuticas en el lugar y en la comunidad. Estas actividades pueden incluir, entre otras, deportes, agua, botes, bicicletas, columpios, parques infantiles, muros de escalada, nieve, hielo, artículos recreativos con ruedas, pelotas, cuerdas y saltos desde varias alturas, árboles e interacción con otros niños o personas. Soy consciente de que existen riesgos inherentes al participar en actividades que pueden desafiar a mi hijo y los acepto y soy consciente de ellos. En el caso de cualquier lesión física o mental sufrida en cualquier actividad facilitada por Achievement Therapy Center, LLC y todos los empleados, gerentes y miembros de Achievement Therapy Center, LLC quedan liberados de toda responsabilidad. Esta liberación de responsabilidad es perpetua durante el tiempo de tratamiento de la persona participante mencionada anteriormente, fecha de inicio de la firma a continuación.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## Consentimiento de telesalud

La terapia de telesalud permite la prestación remota de servicios de terapia pediátrica, que incluyen, entre otros, terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia, a través de medios electrónicos (como videollamadas, llamadas telefónicas u otros métodos de comunicación seguros). Estos servicios son proporcionados por profesionales de la salud con licencia y están diseñados para brindar el mismo nivel de atención que las sesiones en persona, con la comodidad adicional del acceso remoto.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que los servicios de terapia de telesalud implican el uso de audio, video y otras formas de comunicación electrónica para brindar servicios de atención médica de forma remota. Estos servicios pueden incluir evaluaciones, intervenciones terapéuticas, seguimiento del progreso y otras actividades apropiadas para la entrega a distancia.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina para los servicios de terapia de mi hijo y entiendo que Achievement Therapy Center hará todos los esfuerzos razonables para garantizar la seguridad y privacidad de las comunicaciones. Entiendo que las sesiones de telesalud pueden implicar la comunicación con los proveedores de atención médica utilizando tecnologías que no siempre son 100% seguras. Entiendo que los registros de terapia de mi hijo se mantendrán confidenciales y se compartirán solo con personas autorizadas, según lo exija la ley.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que soy responsable de garantizar que la tecnología necesaria (conexión a Internet, dispositivo y software) esté en su lugar para los servicios de telesalud. Achievement Therapy Center ofrecerá orientación sobre cómo usar la tecnología, pero en última instancia soy responsable de asegurarme de que funcione correctamente antes de cada sesión y el no hacerlo se considerará una cancelación tardía y resultará en una tarifa de cancelación tardía.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que la cancelación o reprogramación de citas de telesalud debe seguir la política de cancelación de Achievement Therapy Center para sesiones perdidas o canceladas. Estoy de acuerdo en notificar a Achievement Therapy Center de acuerdo con la política de cancelación si necesito reprogramar o cancelar cualquier cita, y entiendo que el no hacerlo resultará en una tarifa.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que los servicios de telesalud no son apropiados para emergencias. En caso de una emergencia, buscaré atención inmediata en persona o llamaré a los servicios de emergencia (911 o número de emergencia local).

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que la participación de mi hijo en los servicios de telesalud es voluntaria y que puedo retirar el consentimiento en cualquier momento sin penalización. Si decido retirarme de los servicios de telesalud, notificaré a Achievement Therapy Center y se discutirán los arreglos de terapia en persona si corresponde.

Según la ley de telesalud de Alaska, estamos obligados a preguntar si desea que Achievement Therapy Center envíe una copia de todas las notas de teleterapia al médico de atención primaria de su hijo. Durante la terapia regular, por lo general no enviamos las notas de su hijo en cada sesión a menos que lo solicite. ¿Desea optar por no enviar cada nota o desea que le enviemos cada nota por fax después de cada sesión de teleterapia?

\_\_\_\_\_ Sí, me gustaría optar por no participar

\_\_\_\_\_ No, por favor envíe todas las notas de teleterapia

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias. Doy mi consentimiento para la prestación de servicios de terapia pediátrica de telesalud a mi hijo. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de telesalud de Achievement Therapy Center como parte de su plan de tratamiento.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





Centro de Terapia de Logros  
 701 E Tudor Rd. Ste 105  
 Anclaje, AK 99503  
 Teléfono : 907-334-9001

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Escriba los nombres de los programas/personas que han trabajado o están trabajando actualmente con su hijo. Por favor, ponga sus iniciales en la última columna para autorizar la comunicación entre Achievement Therapy Center, LLC, y cada uno de los siguientes.

Servicio	Nombre/Ubicación del programa	Profesionales Nombre	Fechas	Autorizar la divulgación de información POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES
Pediatra/Médico				
Programa de Cuidado Infantil				
Programa de Aprendizaje Infantil				
Programa Head-Start				
Programa Preescolar				
Escuela primaria				
Escuela Intermedia/Secundaria				
Consejeros (conductuales o de otro tipo)				
Enfermera de Salud Pública				
Terapeuta Ocupacional				
Fisioterapeuta				
Logopeda				
Trabajador social				
Otro:				
Familia de acogida				

Doy mi permiso para el intercambio de comunicaciones escritas/electrónicas/orales entre mis proveedores de atención / médicos / compañías de seguros y Achievement Therapy Center, LLC. Entiendo que los registros de mi hijo pueden ser revisados por representantes estatales con el propósito de certificación de seguro, o por terapeutas o médicos con el propósito de revisión profesional por pares, licencias o garantía de calidad. Entiendo que se seguirán todas las prácticas de confidencialidad, siguiendo los estándares de cumplimiento de HIPPA, en el uso de la información recopilada. Puedo revocar o limitar este permiso en cualquier momento.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## INFORMACIÓN GENERAL

Persona(s) que completa(n) el formulario \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus preocupaciones con respecto a su hijo?

---

---

---

---

---

¿Cuándo empezó a preocuparse por el desarrollo de su hijo?

---

---

Nombres y edades de los hermanos

---

---

¿Es el inglés el idioma principal que se habla en casa? SÍ NO

(Si la respuesta es no, ¿cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?) \_\_\_\_\_

¿Su hijo asiste al preescolar / escuela? SÍ NO

(En caso afirmativo, ¿dónde y qué días/horas?)

---

¿Grado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene un IEP/IFSP? Y N En caso afirmativo, sírvase proporcionar una copia.



Centro de Terapia de Logros  
 701 E Tudor Rd. Ste 105  
 Anclaje, AK 99503  
 Teléfono : 907-334-9001

## HISTORIAL MÉDICO

¿Su hijo tiene un diagnóstico médico?    **SÍ**                          **NO**  
 En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido evaluaciones previas de terapia ocupacional/fisioterapia/habla o tratamiento por inquietudes?  
**SÍ**                          **NO**

En caso afirmativo, indique el lugar y las fechas: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación con respecto a la audición de su hijo? **SI NO**

Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación con respecto a la visión de su hijo? **SI NO**

Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente?    **SÍ**                          **NO**

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna alergia?    **SÍ**                          **NO**

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿El niño fue prematuro?                          **SI NO**    ¿Semanas de gestación? \_\_\_\_\_    Peso del niño al nacer \_\_\_\_\_

¿La madre tuvo alguna enfermedad o infección durante el embarazo?    **SÍ**                          **NO**

En caso afirmativo, sírvase describir: \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación durante el parto? **SI NO**    Nacido a través de: cesárea                          **o**                          Describe la vagina:

\_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

¿Su hijo requirió algún procedimiento médico antes, durante y después del nacimiento? SI NO

En caso afirmativo, sírvase describir: \_\_\_\_\_

¿Estadía hospitalaria prolongada en la UCIN o la UCIP? \_\_\_\_ Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_ ¿Intubación? \_\_\_\_  
¿Oxígeno? \_\_\_\_

Sírvase describir cualquier circunstancia inusual de embarazo o parto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta cualquier enfermedad grave que haya tenido su hijo y cuándo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta cualquier hospitalización o cirugía, dónde y cuándo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

\_\_\_ Varicela      \_\_\_ Encefalitis      \_\_\_ Asfixia (pérdida de oxígeno/respiración)      \_\_\_ Meningitis  
\_\_\_ Asma    \_\_\_ Lesión en la cabeza    \_\_\_ Convulsiones    \_\_\_ Extirpación de amígdalas/adenoides