

Estimado padre, madre o _____

La cita de su hijo en la Clínica de Genética de Pediatría General está programada para:

_____ a _____ a.m. o p.m.

Llegue a la clínica antes de _____ a.m. o p.m.

Los servicios de asesoría y evaluación genética por parte de un médico tienen un costo. El Departamento de Genética Humana de Emory Clinic facturará a su compañía de seguros en el plazo de una semana a partir de la cita. Traiga la tarjeta de seguro de su hijo a la cita. Usted es responsable de los cargos que no estén cubiertos por el seguro, así como de la autorización previa para los servicios que es posible que su compañía de seguro exija.

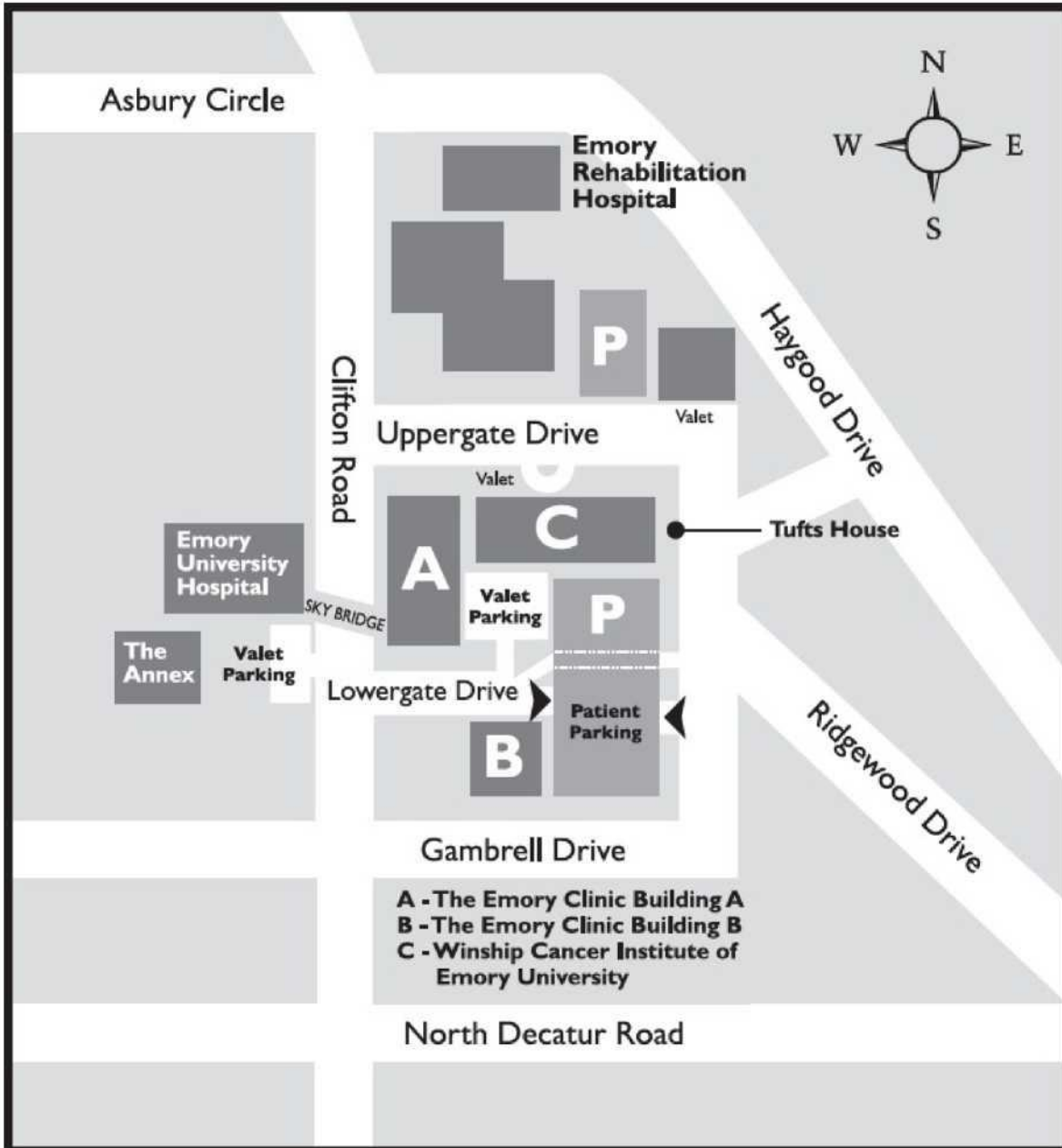
PARA TODAS LAS CITAS:

- Usted debe llenar el cuestionario sobre su hijo que se encuentra adjunto. Háganoslo llegar **ANTES DE SU CITA** por correo electrónico a la siguiente dirección (Attn: Pediatric Clinic), o por fax (404-778 -2926). **Es importante que recibamos esta información antes de la cita, ya que nos ayuda a establecer un plan de evaluación adecuado para su hijo.**
- Calcule dedicar de 15 a 20 minutos adicionales antes de su cita para estacionarse. Las tarifas de estacionamiento varían entre \$4 y \$8, según la duración de su visita. El servicio de estacionamiento asistido ("valet parking") tiene una tarifa fija de \$8.
- Llegue a la clínica al menos **30 minutos** antes de la hora de su cita para el registro, procesamiento del seguro y la clasificación del paciente.
- **Si llega 20 minutos o más después de la hora programada para su cita, su cita estará sujeta a cancelación.** Las decisiones relativas a estas cuestiones se dejan a la discreción de los médicos.
- Calcule estar por lo menos **2 horas** en Emory Genetics.
- Asegúrese de traer a su hijo a esta primera cita y a todas las citas de seguimiento de la Clínica de Genética Pediátrica. Si considera que su hijo podría distraerle mientras escucha al consejero o médico, trate de traer a otro adulto con usted para que supervise al niño en la sala de espera. **Las citas en esta clínica no pueden llevarse a cabo sin la presencia del niño.**
- Si no puede ir a su cita, llame al 404-778-8570 con la mayor antelación posible para que podamos ofrecerle esa cita a otro paciente.

El paquete adjunto debe contener los siguientes formularios:

- Esta carta de presentación
- Indicaciones para llegar a Emory Genetics Clinic
- Formulario de registro del paciente del Departamento de Genética Humana de Emory Clinic
- Declaración sobre los servicios financieros
- Cuestionario especial sobre la visita de su hijo a la Clínica de Genética

Gracias,
Emory Genetics



**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE
INFORMACIÓN DEL PACIENTE (NIÑO)**

Nombre:			
Dirección:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Teléfono de la casa: ()			
Fecha de nacimiento:		Sexo: M F	Núm. de seguro social del niño:
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/FACTURACIÓN			
	INFORMACIÓN DE LA MADRE	INFORMACIÓN DEL PADRE	INFORMACIÓN DEL TUTOR
Nombre:			
Dirección:			
Ciudad, Estado, Código			
Teléfono de la casa:	()	()	()
Núm. de seguro social:			
Fecha de nacimiento:			
Empleador:			
Dirección del empleador:			
Ciudad, Estado, Código			
Teléfono del trabajo:	()	()	()
¿Con quién vive el paciente? (marque con un círculo una sola respuesta)			Madre Padre Tutor
Idioma (si no es inglés):		Otro - Especifique:	

Remitido por:

Médico _____ Especialidad _____
 Direcció _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono () _____ Núm. de precertificación _____

Médico de atención primaria:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Queja principal (motivo de la visita): _____

Proporcione la información del seguro a continuación:

MEDICAID	NÚM. DE PÓLIZA DE SEGURO 1	NÚM. DE PÓLIZA DE SEGURO 2
Nombre del asegurado: _____ Medicaid	Nombre del asegurado: _____	Nombre del asegurado: _____
Núm. (incluya las letras): _____	Núm. de ID (incluya las letras): _____	Núm. de ID (incluya las letras): _____
Marque una opción:	Núm. del grupo _____	Núm. del grupo o _____
- Núm. de GBHC _____	Nombre de la aseguradora: _____	Nombre de la aseguradora: _____
- HMO _____	Dirección postal _____	Dirección postal _____
- Family Plus _____	Reclamaciones: _____	Reclamaciones: _____
- American _____		
- Otro _____		

ASIGNACIÓN Y CESIÓN Autorizo que mis beneficios del seguro se paguen directamente al Departamento de Genética Humana de Emory Clinic. Entiendo que soy responsable financieramente de los servicios no cubiertos, el deducible restante y el copago. También autorizo al Departamento de Genética Humana de Emory Clinic a divulgar toda la información necesaria para procesar esta reclamación.

Firma (paciente o padre/madre del menor)

Fecha

En caso de emergencia, notifique a:

Nombre

Núm. de teléfono


Dirección

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____**Nombre de la persona que llena el formulario / relación con el paciente:** _____**Cuestionario especial en relación con la visita de su hijo a la Clínica de Genética**

Para ayudarnos a crear un plan de evaluación adecuado para su hijo ANTES de que usted asista a su cita, es esencial que llene este cuestionario de la mejor manera posible.

Parte de una evaluación genética conlleva analizar las características físicas de una persona. Estas características físicas pueden indicar algunas condiciones genéticas y descartar otras. Le pedimos que nos proporcione una fotografía RECIENTE y CLARA de su hijo para que podamos empezar a hacer estas evaluaciones con antelación. Siéntase en libertad de incluir todas las fotografías que sean pertinentes para el motivo por el cual su hijo fue remitido. Podremos devolverle estas fotografías si las necesita para su visita a la clínica.

Si el inglés no es su primer idioma y tiene dificultades para llenar este formulario, póngase en contacto con nosotros llamando al 404-778-8570 y con gusto le ayudaremos.

Adjunte la fotografía aquí



¿Cuáles son las razones principales por las que el médico de su hijo ha solicitado esta evaluación genética? ¿Qué preguntas o inquietudes tiene acerca de su hijo? _____

¿Es su hijo adoptado? Sí _____ No _____

¿Está actualmente el niño que estamos atendiendo hoy en acogida temporal? Sí _____ No _____

*Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, llene este cuestionario de la mejor manera posible.*

Antecedentes de embarazos (para el embarazo del niño que tiene la cita)

¿Qué edad tenía la madre en el momento del parto? ____ ¿Qué edad tenía el padre en el momento del parto? ____

El embarazo se confirmó mediante (**marque con un círculo una sola respuesta**) prueba de sangre / prueba de orina aproximadamente a los(las) _____ (**marque con un círculo una sola respuesta**) semanas/meses.

¿Qué número de embarazo fue este para la madre (primero, segundo, tercero, etc.)? ____

¿Cuándo comenzó la madre a recibir cuidados prenatales? (**marque con un círculo una sola respuesta**)

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre No recibió cuidados prenatales

Responda a las siguientes preguntas cuya respuesta es Sí o No acerca del embarazo, y proporcione detalles cuando corresponda. Utilice el reverso de la página de ser necesario.

Pregunta	Sí	No	Detalles
¿Tomó vitaminas prenatales?			
¿Tomó medicamentos (con receta)?			
¿Tomó medicamentos (de venta sin receta)?			
¿Fumó?			
¿Consumió alcohol (cerveza, licores, vino)?			
¿Consumió drogas ilícitas?			
¿Tuvo alguna enfermedad o infección?			
¿Tuvo alguna hemorragia?			
¿Tuvo alguna erupción?			
¿Tuvo fiebre?			
¿Tuvo diabetes?			
¿Tuvo presión arterial alta?			
¿Tuvo problemas con la tiroides?			
¿Le tomaron rayos X o radiografías?			
¿Tuvo un parto prematuro?			
¿Estuvo hospitalizada? (sin incluir el parto o nacimiento)			
¿Tuvo el bebé un crecimiento anormal?			
¿Alguna otra inquietud?			

Responda a las siguientes preguntas cuya respuesta es Sí o No acerca de las pruebas que pueden haberse realizado durante el embarazo.

Categoría	Prueba	Sí	No	No sé
Revisión médica	Revisión del primer trimestre (ecografía del cuello del bebé / translucencia nucal (TN) / medición de la TN y pruebas de sangre)			
	Revisión del segundo trimestre (revisión triple, revisión cuádruple, prueba de alfa-fetoproteína o AFP)			
Pruebas de diagnóstico	Muestreo de vellosidades coriónicas (CVS)			
	Amniocentesis			
Otra	Prueba de tolerancia a la glucosa			
	Ecografías de rutina			
	Ecografía especializada			
	Otra (explique)			

¿Salió alguna de las pruebas como ANORMAL? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

Los primeros movimientos del bebé se sintieron a las: ____ semanas / meses (**marque con un círculo una sola respuesta**): Sí No

¿Fueron los movimientos del bebé normales durante el embarazo? (**marque con un círculo una sola respuesta**): Sí No

Aumento total de peso de la madre durante el embarazo: _____ libras

Antecedentes del parto (el parto del niño que tiene la cita)

Fecha prevista para el parto: _____ Fecha del parto:

El niño nació (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Antes de tiempo A tiempo Tarde*

Si nació antes de tiempo o tarde, ¿por cuántas semanas? _____

Hospital donde nació (si no fue en Georgia, incluya el estado): _____

¿Fue el parto (**marque con un círculo una sola respuesta**): *espontáneo (ocurrió naturalmente) O inducido?*

Si fue **inducido**, explique por qué y el método utilizado (p. ej.: el médico rompió la bolsa amniótica, le administró pitocina, etc.), si sabe: _____

¿Cómo se llevó a cabo el parto? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Vaginal* *Por cesárea*

Si fue un parto por **cesárea**, explique por qué (p. ej.: un hijo anterior nació de esa manera, no hubo progreso, etc.):

¿Nació el bebé con la cabeza primero? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí* *No* *No sé*

Peso del bebé: _____ Longitud del bebé: _____ Tamaño de la cabeza del bebé: _____

¿Hubo complicaciones durante el parto? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí* *No*

Si la respuesta es **SÍ**, haga una lista de las complicaciones: _____

¿Hubo algún problema justo después del parto (p. ej.: hubo que ir a la unidad de cuidados intensivos neonatales o NICU, problemas respiratorios, ictericia, etc.)? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí* *No*

¿Tuvo dificultades el bebé para alimentarse? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí* *No*

Si la respuesta es **SÍ** a cualquiera de las dos preguntas, explique: _____

¿Nació su hijo con algún defecto de nacimiento (p. ej.: pie zambo, labio leporino o paladar hendido, defectos cardíacos, dedos adicionales, etc.)? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí* *No*

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Después de nacido, ¿cómo se alimentó el bebé? (**marque con un círculo una sola respuesta**):

Lactancia *Biberón* *Otro*

Si la respuesta es **Otro**, explique: _____

Su bebé fue dado de alta a los(las) _____ días / semanas (**marque con un círculo una sola alternativa**)

Antecedentes médicos

Responda a las siguientes preguntas cuya respuesta es Sí o No acerca de las posibles pruebas, procedimientos, etc., que se le pueden haber realizado a su hijo. Si a su hijo le realizaron más de una de estas pruebas, procedimientos, etc., proporcione más detalles en la casilla del extremo derecho. Utilice el reverso de la página si necesita más espacio.

Categoría	¿A su hijo/Su hijo...	Sí	No	Comentarios (¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Resultados?)
<i>General</i>	le han realizado un examen del ojo formal con oftalmología pediátrica?			
	le han realizado un examen auditivo formal?			
	ha sido hospitalizado de un día para otro?			
	han tenido una cirugía?			
	está tomando actualmente algún medicamento?			
	le han realizado pruebas de alergias?			
<i>Genética</i>	le han realizado pruebas genéticas?			
<i>Escaneos</i>	le han realizado una resonancia magnética del cerebro ?			
	del riñón ?			
	del corazón ?			
	le han realizado una tomografía computarizada del cerebro?			
	del riñón ?			
	del corazón ?			
	le han realizado una ecografía del cerebro ?			
	del riñón ?			
	del corazón (ecocardiograma)?			
	le han realizado radiografías del cerebro ?			
	del riñón ?			
	del corazón ?			
	le han realizado otros procedimientos especiales (p. ej.: electroencefalograma o EEG, estudio de deglución, etc.)?			



¿Tiene su hijo problemas significativos con cualquiera de los siguientes?

	Sí	No	Describe
Aumento o pérdida de peso inusual			
Ojo o visión			
Audición			
Orejas, nariz, boca o garganta			
Dentadura			
Pulmones o respiración			
Corazón, venas o arterias			
Circulaciones			
Estómago, intestinos o vientre			
Riñón, vejiga o genitales			
Huesos o músculos (dolor, debilidad, anormalidades, etc.)			
Dolor en las articulaciones, inflamación o rigidez			
Piel, cabello o uñas			
Tendencia a la formación de hematomas, sangrado o cicatrización deficiente de las heridas			
Dolores de cabeza o convulsiones			
Pérdida del equilibrio o la coordinación			
Pérdida de las habilidades para el desarrollo			
Trastornos o problemas del sueño			
Problemas de comportamiento o psicológicos			
Crecimiento			
Intolerancia al calor o al frío			
Retrasos o problemas con la pubertad			
Hormonas			
Otro (describa)			

Desarrollo temprano

¿CUÁNDO fue la primera vez que usted o su médico se preocupó por el desarrollo de su hijo?

Si hay alguna preocupación en relación con el desarrollo de su hijo, ¿CÓMO lo notaron?



*Aparte de un pediatra, ¿qué médicos atienden a su hijo **ACTIVAMENTE**? (Escriba la especialidad y el nombre, si los sabe).*

Nombre del médico	Especialidad (p. ej.: neurología, cardiología, gastrointestinal, etc.)	Motivo por el cual atiende a su hijo	¿Con qué frecuencia es su hijo atendido por este médico? (p. ej.: una vez al año, cada 3 meses, etc.)

*Aparte de un pediatra, ¿qué médicos han atendido a su hijo **EN EL PASADO**?*

Nombre del médico	Especialidad (p. ej.: neurología, cardiología, gastrointestinal, etc.)	Motivo por el cual su hijo fue atendido	Fecha de la última visita a este especialista

¿Qué edad tenía su hijo cuando comenzó a:

- | | | | |
|--|-------|-----------------------|-------|
| dar vueltas? | _____ | sentarse solo? | _____ |
| gatear? | _____ | halar para pararse? | _____ |
| caminar sosteniéndose con otros objetos? | _____ | caminar solo? | _____ |
| pronunciar su primera palabra? | _____ | pronunciar oraciones? | _____ |
| a ir al baño por si solo? | _____ | | |

¿Ha perdido su hijo alguna de las habilidades que había dominado previamente (regresión)? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí No*

Si la respuesta es **SÍ**, explique:

Información escolar

¿Asiste actualmente su hijo a una escuela o guardería? (**marque con un círculo una sola respuesta**) *Sí No*

Si la respuesta es **afirmativa**, ¿cuál es el nombre de la escuela o guardería? _____

¿Grado (si corresponde)? _____

¿Asiste su hijo a clases especiales o necesita ayuda especializada? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí No*

Si la respuesta es afirmativa, explique: (por ejemplo, ¿con qué materias necesita ayuda? ¿Está en una clase de inclusión o en una clase de educación especial autónoma? **Si es posible, envíenos una copia del plan de educación individualizada o IEP, por sus siglas en inglés, más reciente**).

<i>¿Recibe su hijo alguno de los siguientes</i>	Sí	No	¿Con qué frecuencia?
Terapia física			
Terapia ocupacional			
Terapia del habla			
Otra terapia (describa)			

¿Tiene su hijo problemas de conducta? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí No*

Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

¿Piensa que las aptitudes lingüísticas de su hijo son las que deberían ser para un niño de la edad (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí No*

Si la respuesta es **NO**, explique: _____

¿Alguna vez le han realizado a su hijo pruebas de coeficiente intelectual (IQ) o una evaluación de desarrollo formal? (**marque con un círculo una sola respuesta**): *Sí No* Si la respuesta es **Sí**, **¿cuándo? ¿Cuáles fueron los resultados? Envíenos una copia si es posible.**

Antecedentes familiares

¿Están emparentados entre sí los padres biológicos (parientes consanguíneos)? *Sí No No sé*

¿Están los padres biológicos del paciente todavía juntos? *Sí No No sé*

¿Están los padres biológicos pensando en tener más hijos? *Sí No No sé*

¿Está la madre biológica (o pareja del padre biológico, si corresponde) embarazada en este momento?

Sí *No* *No sé*

¿Alguna vez se le ha conocido al paciente por otro(s) nombre(s)?

Sí *No* *No sé*

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Complete todas las secciones y envíelo a Genética Médica dos semanas antes de su visita. Si necesita más espacio, utilice el reverso de las páginas e indique cuál sección (A, B, C o D) está suplementando.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____ Sexo: M F
¿Alguna vez se ha conocido al paciente por otro(s) nombre(s)? Si la respuesta es **sí**, ¿por cuál(es) nombre(s)? _____

SECCIÓN B: HERMANAS Y HERMANOS DEL PACIENTE

Enumérelos e incluya los abortos espontáneos de la madre del paciente. Indique "S" para las hermanas y hermanos que tienen los **mismos** dos padres, "M" para las hermanas y hermanos que solo tienen la misma **madre** que el paciente, o "F" para las hermanas y hermanos que solo tienen el mismo **padre** que el paciente. Utilice el reverso de la página de ser necesario.

Nombre	S/M/F	Edad	Sexo	Núm. de niños	Vivo o edad aproximada al morir	Anormalidades (si alguna) o causa de muerte (Mencione también si los hijos de estas personas murieron o tienen anomalías)
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

SECCIÓN C: PADRES DEL PACIENTE Y SUS HERMANAS Y HERMANOS, ES DECIR, LAS TÍAS Y LOS TÍOS DEL PACIENTE

Indique "S" para las hermanas y hermanos que tienen los **mismos** dos padres, "M" para las hermanas y hermanos que solo tienen la misma **madre**, o "F" para las hermanas y hermanos que solo tienen el mismo padre.

Nombre	S/M/F	Edad	Sexo	Núm. de niños	Vivo o edad aproximada al morir		Anormalidades (si alguna) o causa de muerte (Mencione también si los hijos de estas personas murieron o tienen anomalías)
					Sí	No	
Madre del paciente			F		Sí	No	
					Sí	No	
					Sí	No	
					Sí	No	
					Sí	No	

Padre del paciente			M		Sí	No	
					Sí	No	
					Sí	No	
					Sí	No	
					Sí	No	

SECCIÓN D: ABUELOS DEL PACIENTE

Nombre	Edad	Sexo	Núm. de niños	Vivo o edad aproximada al morir			Anormalidades (si alguna) o causa de muerte
Padre de la madre		M		Sí	No		

Madre de la madre		F					
-------------------	--	---	--	--	--	--	--

Nombre	Edad	Sexo	Núm. de niños	Vivo o edad aproximada al morir			Anormalidades (si alguna) o causa de muerte
Padre del padre		M					

Madre del padre		F					
-----------------	--	---	--	--	--	--	--