**Formulario de Admisión**

Gracias por considerar a Children’s Hospital Los Ángeles para las necesidades médicas de su hijo/a. Para proporcionar la atención más completa, por favor llene este formulario y devuélvalo con los documentos que están numerados en la lista de verificación. En cuanto este formulario ha sido completado, por favor devuelva la información necesaria por fax o correo electrónico.

Nuestro personal del Centro para la Salud Global, presentara esta información junto con los registros médicos de su hijo/a a nuestro equipo médico para determinar el tratamiento/próximos pasos más apropiado para su hijo/a.

**Today’s Date (Month ##, Year)/Fecha:** Click here to enter a date.

**A: PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  |
| **Last Name/ Apellido** | **First Name/ Nombre** | | | | **Middle Initial /Inicial del segundo nombre** |
| Click here to enter a date. |  | **M** **F** |  | | |
| **Date of Birth/Fecha de nacimiento**  **(Month ##, Year)** | **Age/ Edad** | **Gender/Genero** | **Country of Citizenship/Pais de ciudadania** | | |
|  |  | | | | |
| **Place of Birth/Lugar de nacimiento** | **Country of Residence/País de residencia** | | | | |
|  | | | |  | |
| **Diagnosis/Diagnostico** | | | | **Symptom(s)/Síntomas** | |

**B: FAMILY AND CONTACT INFORMATION/FAMILIA E INFORMACION DE CONTACTO**

***Parent #1****/****Padre #1***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | |
| **Last Name/Apellido** | **First Name/Nombre** | | | | **Middle Initial/Inicial del segundo nombre** | |
| Click here to enter a date. | **M** **F** |  | |  | | |
| **Date of Birth /Fecha de nacimiento**  **(Month ##, Year)** | **Gender/**  **Genero** | **Relation to Patient/**  **Relación al paciente** | | **Country of Residence/País de residencia** | | |
|  |  | | | | | |
| **Phone Number/Numero de teléfono** | **Email Address/Dirección de correo electrónico** | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Primary Language/Idioma principal** | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| **Name of Employer/Nombre del empleador** | | | | | **Phone Number of Employer/**  **Numero de teléfono del mpleador** | |
|  | | |  |  |  |  |
| **Work Address /Dirección del empleador** | | | **City/Ciudad** | **State/**  **Estado** | **Zip/Código postal** | **Country/País** |

**B: FAMILY AND CONTACT INFORMATION (CTD.)/FAMILIA E INFORMACION DE CONTACTO**

***Parent #2/Padre #2***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | |
| **Last Name/Apellido** | **First Name/Nombre** | | | | **Middle Initial/Inicial del Segundo nombre** | |
| Click here to enter a date. | **M** **F** |  | |  | | |
| **Date of Birth /Fecha de nacimiento**  **(Month ##, Year)** | **Gender/Genero** | **Relation to Patient/**  **Relación al paciente** | | **Country of Residence/País de residencia** | | |
|  |  | | | | | |
| **Phone Number/Numero de teléfono** | **Email Address/Dirección de correo electrónico** | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Primary Language/Idioma principal** | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| **Name of Employer/Nombre del empleador** | | | | | **Phone Number of Employer/**  **Numero de teléfono del empleador** | |
|  | | |  |  |  |  |
| **Work Address/Dirección del empleador** | | | **City/Ciudad** | **State/Estado** | **Zip/Código Postal** | **Country/País** |

***Guardian/Other Contact (If Applicable)/Guardian o otro contacto (Si Corresponde)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | |
| **Last Name/Apellido** | **First Name/Nombre** | | | | **Middle Initial/Inicial del Segundo nombre** | |
| Click here to enter a date. | **M** **F** |  | |  | | |
| **Date of Birth/Fecha de nacimiento**  **(Month ##, Year)** | **Gender/Genero** | **Relation to Patient/**  **Relación al paciente** | | **Country of Residence/País de residencia** | | |
|  |  | | | | | |
| **Phone Number/Numero de teléfono** | **Email Address/Dirección de correo electrónico** | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Primary Language/Idioma principal** | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| **Name of Employer/Nombre del empleador** | | | | | **Phone Number of Employer/**  **Numero de teléfono del empleador** | |
|  | | |  |  |  |  |
| **Work Address/Direccion del empleador** | | | **City/Ciudad** | **State/Estado** | **Zip/Código postal** | **Country/País** |

**C: CLINICAL INFORMATION/INFORMACION CLINICA**

***Referring Physician/Medico que refirió al paciente***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Last Name/Apellido** | **First Name/Nombre** | | **Middle Initial/Inicial del Segundo nombre** |
|  |  | | |
| **Phone Number/Numero de teléfono** | **Email Address/Dirección de correo electrónico** | | |
|  | |  |  |
| **Name of Hospital/Organization /Nombre de hospital/organización** | | **City/Ciudad** | **Country/País** |

***Primary Care Physician/Medico de atención primaria***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Last Name/Apellido** | **First Name/Nombre** | | **Middle Initial/Inicial del Segundo nombre** |
|  |  | | |
| **Phone Number/Numero de teléfono** | **Email Address/Dirección de correo electrónico** | | |
|  | |  |  |
| **Name of Hospital/Organization/**  **Nombre de hospital/organización** | | **City/Ciudad** | **Country/País** |

**D: RESIDENCE INFORMATION/INFORMACION DE RESIDENCIA**

***Permanent Residence/Residencia permanente***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Address/Dirección** | **City/Ciudad** | **State/Estado** | **Zip/Código Postal** | **Country/País** |
|  |  | | | |
| **Home Phone Number/Numero de teléfono** | **Other Phone Number/Otro número de teléfono** | | | |

***Temporary Residence/Residencia temporal***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Address /Dirección** | **City/Ciudad** | **State/Estado** | **Zip/Código postal** | **Country/País** |
|  |  | | | |
| **Temporary Phone Number/Número de teléfono temporal** | **Other Phone Number/Otro número de teléfono** | | | |

**E: PAYMENT INFORMATION/INFORMACION DE PAGO**

Government/Embassy Sponsored/  Self-Pay/Pago en efectivo:  Insured\*/Aseguranza\*: Gobierno/Embajada Patricionada Other/Otro:

**If other, please explain/Por Favor explique si hay otra forma de pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***\*Please attach copies of the front and back of all insurance card/Por favor adjunte copia de la parte frontal y posterior de las tarjeta de aseguranza***

**F: TRAVEL INFORMATION/INFORMACION DE VIAJE**

**Timeframe you plan on traveling to Los Angeles/Children’s Hospital Los Angeles/:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tiempo en cual piensa viajar a Los Angeles/Children’s Hospital Los Ángeles**

**G: ADDITIONAL INFORMATION/INFORMACION ADICIONAL**

|  |
| --- |
| **How did you hear about us?/Como se enteró de nosotros?** Internet Search Engine/Internet  Children’s Hospital Los Angeles Website/Pajina electronica de Children’s Hospital Los Angeles  Government/Embassy/Gobierno/Embajada Particionadas External Physician/Medico Externo  Family/Friend/Familia/Amigo/a  Foundation/Fundación  Children’s Hospital Los Angeles Physician/Medico de Children’s Hospital Los Ángeles  Insurance Company/Compañía de Seguro Employer/Empleador Other/Otro  **If other, please explain/Si hay otro forma en que se enteró de nosotros por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **What are you most interested in seeking?/En que esta más interesado?** Consultation/Consulta  Treatment/Tratamiento  Both/Las dos cosas |
| **What is the reason for your referral to Children’s Hospital Los Angeles? Please check all that apply.** / **Cuál es la razón de su remisión al Hospital de Niños de Los Ángeles? Por favor, marque todas las que correspondan.**  New Diagnostic Evaluation/Evaluación de diagnóstico Nueva    Develop Medical Management Plan/Desarrollar el Plan de Gestión Médica  Continue Current Treatment/ Continuar el tratamiento actual  Surgical Opinion/ Opinión Quirúrgica  Surgical Management/ Tratamiento quirúrgico    Second Opinion/Review of Medical Workup/Treatment Plan/ Segunda Opinión / Revisión del Plan Médico Workup / Tratamiento  Other/ Otros  **If other (ex. seeking specific treatment, etc.), please explain/ Si es otro (ex buscar tratamiento específico, etc.), por favor explique**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **What is your family’s ethnicity? /Cual es el origen étnico de su familia?** |
| **What is your family’s preferred spoken language?/ Cual es el idioma de preferencia de su familia?** |
| **Would you like us to provide an interpreter for your family during the medical visit?/Le gustaría que proporcionáramos un intérprete para su visita?** Yes/Si  No |
| **What is your family’s spiritual affiliation? /Afiliacion espiritual** |
| **Are there any special needs that we should be aware of? /Hay alguna necesidad especial que debamos tener en cuenta?** |

**H: CHECKLIST/LISTA DE VERIFICACION**

Aquí se encuentra una lista de formularios y documentación requeridos para iniciar el proceso de revisión. Si hay algunos archivos médicos que no estén disponibles, por favor indique por qué. Por favor tenga en mente que todos los archivos médicos tienen que ser sometidos en Ingles. Desafortunadamente, sin los archivos médicos del paciente, no podemos procesar su remisión. Nuestro equipo médico puede pedir que.

|  |  |
| --- | --- |
| **Required Forms and Documentation/**  **Formularios y documentos requeridos** | **Please Indicate: Yes, No, or Not Applicable (N/A)/**  **Por favor indique si, no o no aplicable** |
| 1. **Valid Photo ID and/or Passport/Identificación valida y pasaporte** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **Intake Form/Formulario de Admisión** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **HIPAA - Consent to Release Medical Information Form/Formulario de consentimiento para dar información medica** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **Copies of Insurance Card (if applicable)/Copias de aseguranza medica (si es aplicable)** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **Current History & Physical Information/Historia médica e información física** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **Recent Laboratory and Pathology Reports/Reportes recientes de laboratorio y patología** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **Recent Radiology Reports and Films/CDs/Reportes recientes de radiología** | Yes/Si  No  N/A |
| 1. **Other (Specialist Medical Reports, Summary Letter from Patient’s Primary Care Physician, etc.)/ Otro (reportes médicos de especialistas, medico primario, etcétera)** | Yes/Si  No  N/A |