



INTERNATIONAL PATIENT REQUEST FOR TREATMENT/ SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE PACIENTE INTERNACIONAL

**To be completed by parent or guardian (please print)/
Debe completarla un padre o tutor (en imprenta)**

Date/Fecha: _____

1. Demographics (Required)/Datos demográficos (obligatorio)				* required fields/campos obligatorios
Child's Last Name*/Apellido del niño*		Child's First Name*/Nombre del niño*		Child's Middle Name*/Segundo nombre del niño*
Child's Date of Birth* (mm/dd/yyyy)/ Fecha de nacimiento del niño* (mm/dd/aaaa)		Gender*/ Sexo* <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino <input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido	Preferred Language/I Idioma preferido	
Parent's Marital Status/ Estado civil del padre o de la madre <input type="checkbox"/> married/ casado/a <input type="checkbox"/> single/ soltero/a <input type="checkbox"/> separated/ separado/a		Custody/ Custodia <input type="checkbox"/> Parents/ Padres <input type="checkbox"/> Mother/ Madre <input type="checkbox"/> Father/ Padre		Interpreter Required?/¿N ecesita intérprete? <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Parent's Status/ Estado civil del padre o de la madre <input type="checkbox"/> divorced/ divorciado/a <input type="checkbox"/> widowed/ viudo/a		Case Manager/Administrador del caso <input type="checkbox"/> Grandparents/ Abuelos <input type="checkbox"/> Other/Otro		Living with?/ ¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Parents/ Padres <input type="checkbox"/> Mother/ Madre <input type="checkbox"/> Father/ Padre
Child's Home Address*/Dirección particular del niño*			City*/Ciudad*	State/Province*/Estado/Provincia*
Zip/Postal Code*/Código postal*	Country/Municipality/País/Municipio	County/Condado	Is home address the mailing address?*/¿La dirección particular es la dirección postal?*	
Child's Permanent Mailing Address (if different than home address)*/ Dirección postal permanente del niño (si no es la misma que la dirección particular)*			City*/Ciudad*	State/Province*/Estado/Provincia*
Zip/Postal Code*/ Código postal*	Country/Municipality/País/Municipio			
Primary /Home Number*/ Teléfono principal/particular*	Alternate Phone Number (1)/ Teléfono alternativo (1) <input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:		Alternate Phone Number (2)/ Teléfono alternativo (2) <input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:	
		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/ buscapersonas		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/ buscapersonas

2. Medical Information (Required)/Información médica (obligatorio)						* required fields/campos obligatorios
What is your child's medical problem or diagnosis:*/Cuál es el problema médico o el diagnóstico de su hijo:						
Onset of problem*/ Comienzo del problema*	<input type="checkbox"/> Before Birth/Antes del nacimiento	<input type="checkbox"/> Congenital/ Congénito	<input type="checkbox"/> Developed recently/ Desarrollo reciente	<input type="checkbox"/> Injury, date known/ Lesión, fecha conocida	Date/ Fecha:	<input type="checkbox"/> Injury, date unknown/ Lesión, fecha desconocida
	<input type="checkbox"/> Onset of walking/ Al comenzar a caminar	<input type="checkbox"/> Since Birth/ Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Other/Otro			
What medical care or services are you looking for from the Shriners Hospitals for Children?*/¿Qué servicios o atención médica busca en los Shriners Hospitals for Children?*						
What previous treatments have been provided?*(Treatments and surgeries, dates etc.)/¿Qué tratamientos anteriores recibió?*(tratamientos y cirugías, fechas, etc.)						
Child's ambulation status:/Situación de locomoción del niño:	<input type="checkbox"/> Walk unassisted/ Camina sin ayuda <input type="checkbox"/> Walker/ Andador <input type="checkbox"/> Wheelchair/ Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Crutches/ Muletas <input type="checkbox"/> Cane/ Bastón <input type="checkbox"/> Other, specify/Otro, especifique					

X-Rays available?/ ¿Tiene radiografías?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Date of most recent X-ray/ Fecha de la radiografía más reciente	Date last seen by physician?/ ¿Fecha de la última consulta con un médico?	> Please attach any other medical information you have regarding this problem such as a physician referral letter, or past medical records./Adjunte cualquier otra información médica que tenga sobre este problema, por ejemplo, una carta de recomendación del médico o historias clínicas anteriores.
--	---	--	--	--

At least one of sections 6, 7 or 8 must be completed./ Se debe completar al menos una de las secciones 6, 7 u 8. **Child's Name: Nombre del niño:** _____

3. How did you hear about Shriners Hospitals for Children?/¿Cómo se enteró de los Shriners Hospitals for Children?			
<input type="checkbox"/> Family Member/Pariente	<input type="checkbox"/> Other Health Care Professional/ Otro profesional de la salud	<input type="checkbox"/> School/Escuela	<input type="checkbox"/> Television/Televisión
<input type="checkbox"/> Friend/Amigo	<input type="checkbox"/> Other Media/Otros medios	<input type="checkbox"/> Shriner/ Shriner	<input type="checkbox"/> Temple Screening Clinic
<input type="checkbox"/> Other/Otro	<input type="checkbox"/> Physician/Médico		<input type="checkbox"/> Website/Sitio web

4. Referral Information/Información de remisión			<input type="checkbox"/> No referring physician/No lo remitió ningún médico	* required fields/campos obligatorios
Referring Physician (Last Name)/ Médico que recomendó la remisión (apellido)	Referring Physician (First Name)/ Médico que recomendó la remisión (nombre)	Phone Number with Area Code*/ Teléfono con código de área*		
Referring Physician's Office Address/ Dirección del consultorio del médico que recomendó la remisión	City/Ciudad	State/Province/Estado/Provincia		
Zip/Postal Code/Código postal	Country/País	Phone Number with Area Code/International Code:/ Teléfono con código de área/código internacional:		

5. Referring Temple and Shriner/Temple y Shriner que recomendaron la remisión		
Referring Temple/Temple que recomendó la remisión	Referring Shriner/Shriner que recomendó la remisión	Phone Number with Area Code*/Teléfono con código de área*

6. Mother's Information/Información de la madre				<input type="checkbox"/> Not applicable/No corresponde	* required fields/campos obligatorios
Legal Guardian's Last Name*/Apellido del tutor*	Legal Guardian's First Name*/Nombre del tutor*	Legal Guardian's Middle Name*/Segundo nombre del tutor*	Suffix/Maiden Name/Sufijo/apellido de soltera		
Legal Guardian's Home Address*/Dirección particular del tutor*	<input type="checkbox"/> Same as child's/La misma que el niño	City*/Ciudad*	State/Province*/Estado/Provincia*		
Zip/Postal Code*/Código postal*	Country/País	County/Condado	Date of Birth* (mm/dd/yyyy)/ Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)		
Primary Phone Number*/Teléfono principal*	<input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/ no tiene teléfono	Alternate Phone Number/ Teléfono alternativo	<input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/buscapersonas

7. Father's Information/Información del padre				<input type="checkbox"/> Not applicable/No corresponde	* required fields/campos obligatorios
Legal Guardian's Last Name*/Apellido del tutor*	Legal Guardian's First Name*/ Nombre del tutor*	Legal Guardian's Middle Name*/ Segundo nombre del tutor*	Suffix/Maiden Name/ Sufijo/apellido de soltera		
Legal Guardian's Home Address*/Dirección particular del tutor*	<input type="checkbox"/> Same as child's/La misma que el niño	City*/Ciudad*	State/Province*/Estado/Provincia*		
Zip/Postal Code*/Código postal*	Country/País	County/Condado	Date of Birth* (mm/dd/yyyy)/ Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)		
Primary Phone Number*/Teléfono principal*	<input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/ no tiene teléfono	Alternate Phone Number/ Teléfono alternativo	<input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/buscapersonas

Child's Name:
Nombre del niño: _____

8. Legal Guardian's Information (if different from parent)/ Información del tutor (si no es el padre o la madre)				<input type="checkbox"/> Not applicable/No corresponde		* required fields/campos obligatorios				
Legal Guardian's Last Name*/Apellido del tutor*		Legal Guardian's First Name*/Nombre del tutor*		Legal Guardian's Middle Name*/Segundo nombre del tutor*		Suffix/Maiden Name/Sufijo/apellido de soltera				
Legal Guardian's Home Address*/Dirección particular del tutor*			<input type="checkbox"/> Same as child's/La misma que el niño		City*/Ciudad*		State/Province*/Estado/Provincia*			
Zip/Postal Code*/Código postal*		Country/País		County/Condado		Date of Birth* (mm/dd/yyyy)/Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)				
Primary Phone Number*/Teléfono principal*		<input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/no tiene teléfono		Alternate Phone Number/Teléfono alternativo <input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/buscapersonas		Relationship to Child*/Vínculo con el niño*

9. Additional Relation(s)/Parientes adicionales				<input type="checkbox"/> Not applicable/No corresponde		* required fields/campos obligatorios				
Last Name*/Apellido*		First Name*/Nombre*		Middle Name/Segundo nombre		Suffix/Maiden Name/Sufijo/apellido de soltera				
Add'l Relation (s) Home Address/Dirección particular del pariente adicional			<input type="checkbox"/> Same as child's/La misma que el niño		City*/Ciudad*		State/Province*/Estado/Provincia*			
Zip/Postal Code*/Código postal*		Country/País		County/Condado		Date of Birth* (mm/dd/yyyy)/Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)				
Primary Phone Number*/Teléfono principal*		<input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/no tiene teléfono		Alternate Phone Number/Teléfono alternativo <input type="checkbox"/> home/particular <input type="checkbox"/> work/trabajo <input type="checkbox"/> other:/otro:		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/buscapersonas		Relationship to Child*/Vínculo con el niño*