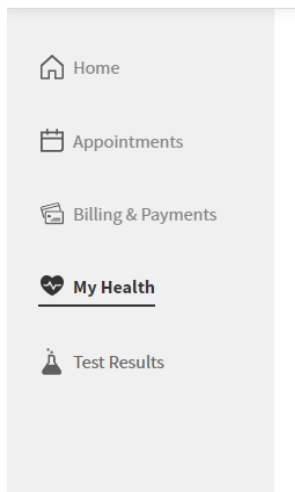




Saint Peter's University Hospital Servicio de Especialidades Pediátricas
Departamento de Endocrinología Pediátrica
254 ston Avenue, 3^{er} piso MOB, New Brunswick, New Jersey 08901

- A. Inicie sesión en la cuenta del portal de Saint Peter's de su hijo.
- B. Haga clic en la pestaña My Health (Mi salud) en la página principal a la izquierda.



- C. Haga clic en Medical Forms (Formularios médicos) a la derecha del botón My Health (7.º botón a la derecha).

My Health

Care Summaries Medications Vitals Medical History Health Records Tobacco History Medical Forms Learning Materials Health Reminders Referrals

- D. Busque el Pediatric Endocrinology New Patient Intake Form in Spanish (Formulario de admisión de pacientes nuevos de Endocrinología Pediátrica en español).
- E. Imprima el formulario.
- F. Tras completar el formulario, escanéelo y adjúntelo al portal del paciente al menos 2 días antes de la visita a la clínica.
- G. Puede adjuntar el formulario en el portal en la sección Messages (Mensajes) al hacer clic en la pestaña Attach Files (Adjuntar archivos **Estimado padre o tutor**):



Su niño tiene una cita con el Dr. _____ en el Programa de Educación de Diabetes/Endocrinología Pediátrica ubicado en Saint Peter's University Hospital. Esperamos verlo pronto.

Somos parte del Saint Peter's University Children's Hospital y estamos afiliados con Rutgers University/Robert Wood Johnson Medical School y Children's Hospital of Philadelphia (CHOP). Debido a que una de nuestras funciones es entrenar a futuros pediatras, es posible que su niño sea atendido por un residente de pediatría o estudiante de medicina, así como por el Dr. _____.

Esperamos que las instrucciones, así como el mapa adjunto, le sirvan para ayudarlo a encontrar nuestra oficina. Como a veces es difícil encontrar un lugar en el estacionamiento, le sugerimos que llegue con 30 minutos de anticipación. Esto le permitirá encontrar un lugar en el estacionamiento, ingresar al edificio y registrarse. El servicio de valet también se encuentra disponible.

Es responsabilidad del padre/de la madre/del tutor obtener la historia clínica y toda la información necesaria (consulte la lista adjunta, de toda la información que necesita traer).

Le agradeceremos que, si no puede acudir a esta cita, nos lo comunique tan pronto como le sea posible. Esto nos permite darle el lugar a otra familia que requiere de nuestros servicios. Es posible que a las familias que no acudan a ella, o no la cancelen cuando menos 24 horas antes de la hora programada, no se les dé otra cita. Se notificará a su médico que lo/a refirió.

Si tiene alguna pregunta o duda antes de la cita, sírvase llamar a la oficina al 732-745-8574. Gracias por elegir a Saint Peter's.



Saint Peter's University Hospital Servicio de Especialidades Pediátricas
Departamento de Endocrinología Pediátrica
254 Easton Avenue, 3^{er} piso MOB, New Brunswick, New Jersey 08901

Sírvase solicitar a su médico (doctor) primario (PCP, por sus siglas en inglés) que envíe la siguiente información al fax 732-514-1956 para que el médico la revise. Le recordamos que también lleve una copia a la visita:

- Todas las curvas de crecimiento de peso y estatura anteriores (FUNDAMENTAL)
- Historias clínicas
- Resultados de los exámenes de laboratorio
- Informes de radiología (radiografías, ultrasonidos, etc.)
- CD o radiografías (deben ser solicitados por el padre/la madre/el tutor)
- El Formulario de la visita de la primera entrevista llenado por el padre/la madre/el tutor (adjunto) Una vez completado, envíelo por fax al 732-514-1956 o correo electrónico a pedsendo@saintpetersuh.com. Sírvase traer una copia a la visita en caso de no haberla recibido directamente.

Sírvase traer la siguiente información para registrarse:

- Nombre del médico primario (PCP) que lo/a refiere, dirección y número de teléfono (adjunto)
- Tarjeta(s) de identificación del seguro
- Tarjeta(s) de identificación del padre/de la madre/del tutor. Todos los menores de 18 años deben ir acompañados por un padre o tutor legal.
- Beneficiarios de HMO, traigan el referido a la visita al consultorio; o para los beneficiarios de PC, traigan una receta del médico primario (PCP).
- Los referidos para la educación y el autocontrol de diabetes para el/la educador/a de diabetes o para la dietista (nutricionista) para la visita sobre nutrición.
- Si corresponde, un referido para los exámenes de laboratorio.

Saint Peter's University Hospital Servicio de Especialidades Pediátricas
Departamento de Endocrinología Pediátrica
 254 Easton Avenue, 3^{er} piso MOB, New Brunswick, New Jersey 08901

ENTREVISTA DE LA PRIMERA VISITA

Nombre _____ Edad _____ Referido por _____

Número de unidad _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de la visita _____

Sírvase llenar el cuestionario:

¿Por qué razón refiere su médico primario a su niño a nuestro consultorio? _____

¿Desde cuándo tiene este problema su niño? _____

Además del problema principal, ¿tiene su niño algún otro síntoma o molestias? _____

Indique si su niño ha tenido los siguientes problemas:

PROBLEMAS	No	SÍ	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DESCRIBA
Dolores de cabeza			
Mareos			
Desmayos			
Convulsiones			
Problemas de visión			
Problemas de audición			
Dificultad para oler			
Dificultad para respirar			
Silbidos al respirar			
Soplo cardíaco			
Se queja de tener calor o frío			
Problemas para dormir			
Orina demasiado			
Bebe mucho			
Se orina en la cama			
Falta de apetito			
Vómitos			
Dolor abdominal			
Estreñimiento			
Diarrea			
Moretones			
Sangrado abundante/problema de sangrado			
Anemia			
Dolor en las articulaciones			
Fractura de huesos			
Otro:			

Ingesta dietética

Describe lo que come su niño, si lo refieren por problemas del crecimiento, obesidad o diabetes en la página adjunta.

¿Cómo describiría los hábitos alimenticios de su niño? _____

¿Cómo describiría la personalidad de su niño? _____

Grado en la escuela: _____

¿Cómo le va a su hijo en la escuela? _____

Historia clínica anterior (encierre en un círculo o llene los espacios en blanco):

¿Nació a término o fue prematuro?: (_____ semanas). Parto normal vaginal/cesárea:

¿El embarazo fue normal o complicado (describa)? _____

¿Tomó la madre medicamentos durante el embarazo?: _____

¿Hubo algún problema durante el parto?: _____

Peso al nacer _____ (libras _ onzas) Largo al nacer _____ pulgadas

¿Hubo algún problema en la sala de recién nacidos? _____

¿En qué hospital _____ nació su niño? Duración de la estancia en el hospital _____

¿Qué edad tenía su niño cuando:

Se sentó sin apoyo _____ caminó _____ habló _____

tuvo el primer diente _____ los dientes permanentes _____

¿Se ha hospitalizado su niño por cirugía o enfermedades graves en el pasado?:

¿A qué edad desarrolló?:

Senos _____ vello pubiano _____ vello axilar _____ menstruación _____

Ninguna de las anteriores _____

¿Está tomando su niño algún medicamento? (En caso afirmativo, indíquelo): _____

¿Tiene su niño alergias a los medicamentos? (SÍ/NO). En caso afirmativo, indíquelo. _____

Informacion sobre la familia

Hay alguien en la familia con los siguientes problemas: diabetes, tiroides, crecimiento, presión arterial elevada, colesterol elevado o cualquier otro problema médico? Por favor, descríbalos:

Antecedentes familiares	Edad	Estatura	Peso	Edad de la pubertad	Estado se salud	Medicinas
Padre						
Madre						
Hermano 1						
Hermano 2						
Hermano 3						
Abuelo paterno						
Abuela paterna						
Abuelo materno						
Abuela materna						



INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO

Nombre del niño _____ Número de historia clínica _____

Nombre de grupo _____

Nombre del médico primario _____
(Nombre) (apellido)

Dirección _____

Número de teléfono _____

Número de FAX _____



**CUALQUIER CAMBIO DE MÉDICO PRIMARIO DEBE DE NOTIFICARLO
INMEDIATAMENTE A NUESTRA OFICINA**

Información sobre lo que come su niño

Si a su niño lo refiere su médico primario por diabetes o problemas del crecimiento o de peso, es importante que nos indique exactamente lo que come. Esto nos permite valorar la cantidad de calorías, proteínas y en general su nutrición. Esto es importante si su niño no está aumentando del peso o no está creciendo de forma adecuada. Por lo tanto, es necesario encontrar la causa.

Describa todos los alimentos y bebidas que su niño durante 3 días típicos. Incluya todas las bebidas, biberones de noche y todas las comidas/bocadillos. No describa los días cuando su niño está enfermo.

En la sección de comentarios, describa la información como el rechazar la comida, náuseas, vómitos, diarrea.

DESCRIBA 3 DÍAS COMPLETOS

