

Cuidado de herida/quemadura – información del paciente

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Durante la primera visita, hablaremos sobre sus respuestas a este formulario. Esto nos ayuda a decidir qué pruebas/procedimientos necesitamos hacer. Sus comentarios son muy importantes. De ser posible, por favor complete esta información en casa y tráigala con usted a su primera sesión.

De antemano le agradecemos su información.

Por favor traiga su referencia junto con la información de su seguro médico a la primera visita. Por favor traiga con usted todos los ungüentos/cremas que el doctor le haya recetado para el cuidado de la quemadura/herida.

Si el doctor le receta medicamento para el dolor, por favor déselo 30 minutos antes de su cita. Por favor use ropa que nos permita tratar la quemadura/herida con facilidad. Por favor traiga artículos pequeños como un biberón/bebida, juguete pequeño, cobija, etc., para la comodidad del paciente, si el paciente es pequeño.

Por favor háblenos antes de su cita si tiene cualquier pregunta o preocupación.

**Cook Children's
Medical Center
682-885-7660**

**Cook Children's
Northeast Rehab
817-347-2955**

**Cook Children's
SPORTS Rehab
817-347-2925**

Sus peticiones y pensamientos:

¿Cuál es la razón de esta visita de terapia? Por favor explique cómo y cuándo se quemó/hirió el paciente: _____

Describa cualquier cuidado médico que recibió inmediatamente: _____

¿Qué espera que logremos con la terapia? _____

Por favor anote las costumbres, creencias religiosas o deseos que debamos saber: _____

Durante el tratamiento, le daremos instrucciones para practicar actividades en la casa. ¿Tiene usted una manera preferida de aprender información nueva? Imágenes/fotos Escrito Demostración No tiene preferencia

Por favor anote cualquier otra preocupación que le gustaría dejarnos saber: _____

Historial/información médica:

¿El paciente es alérgico a cualquier medicamento o comida? Por favor anote: _____

¿Quién es el doctor primario del paciente y cuál es el número de teléfono? _____

¿Cuáles otros doctores (especialistas) tratan al paciente? _____

¿Actualmente que medicamentos está tomando el paciente? _____

¿Específicamente, qué condición(es) médica(s) tiene el paciente? _____



Cuidado de herida/quemadura – información del paciente

¿Existen ciertas precauciones que debamos saber? _____

Por favor anote las hospitalizaciones y cirugías del paciente (junto con la fecha aproximadamente): _____

¿El paciente ha tenido radiografías, escánes de CT, o TAC para su condición y cuáles fueron los resultados? _____

¿El paciente tiene las vacunas al día? Si No

¿El paciente usa cualquier equipo y/o soporte especial? Si No

Si sí, por favor anote: _____

¿El paciente ha recibido terapia antes para esta condición actual u otras condiciones? _____

¿Cuándo tiene el paciente la próxima visita con el doctor que lo recomendó o con su doctor primario? _____

Junto con la salud física de su hijo, nos gustaría saber sobre la salud mental de su hijo.

¿Hay cualquier problema familiar que puede afectar el cuidado de su hijo? Si es así, por favor díganos.

¿Ha visto algún cambio en los estados de ánimo o comportamiento de su hijo? Si es así, por favor díganos.

Gracias por su información.

