

Solicitud de Tratamiento, International Children's Program

Page 1 of 1

Información del Paciente

Nombre del paciente:		Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Remitido por: <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Familia/Paciente	Ciudad/Pais:	Lenguaje de preferencia:	
Nombre de padres/tutor: 1. 2.	Teléfono(s):	Correo(s) electrónico(s):	

Información Médica

Motivo de la solicitud (incluya diagnóstico del paciente y el tratamiento o evaluación medica específicos que esta solicitando)
Quando comenzo el problema? Describa el estado actual del paciente:
Tratamientos recibidos hasta el momento:
Otros problemas medicos del paciente:
Exámenes diagnósticos/Laboratorios y/o Radiología (rayos-x, RMN, Scan, otro):
El paciente/guardian cuentan con visa para entrar a Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso