



LISTA DE VERIFICACION

Nota: Su aplicación no será procesada si todos los documentos no están incluidos en este formulario. Una aplicación completa ayuda a asegurar que su aplicación será procesada y que no se la devuelvan.

Para ser presentada por el Padre o persona que está refiriendo al paciente:

- Documento MKI de historia social
- Documento MKI de permiso para obtener el historial medico
- Foto de cuerpo completo del niño
- Foto de cuerpo completo de lado del niño
- A foto de su familia
- A foto de su casa

Para se presentada por el Doctor del paciente:

- MKI Historial Médico
- MKI Carta de vacunación

Otras solicitudes médicas:

- Ecografía reciente (no más antigua de 6 meses), rayos-X, resonancias magnéticas, laboratorios de sangre, cirugías previas, etc.

Nota importante: LEA CUIDADOSAMENTE.

Mending Kids International (MKI) provee intervenciones quirúrgicas a niños menores de 16 años de edad que viven afuera de los Estados Unidos y que no pueden obtener las intervenciones por sí mismos. Por ahora, MKI no puede proveer intervenciones quirúrgicas a niños que necesiten transplantes de órganos, tratamiento contra el cáncer y niños con múltiples enfermedades y síndromes.

Con mandar esta aplicación, Ud. entiende que MKI pagará con el costo de la intervención quirúrgica y otros costos relacionados y que decidirá el lugar donde la cirugía se llevará a cabo. En la mayoría de los casos, el niño viajaría con un miembro del equipo MKI y se quedaría con una familia anfitriona durante la cirugía y recuperación. En caso de que la aplicación de su hijo sea aceptada, Ud. tiene 72 horas para confirmar su deseo de trabajar con el programa de MKI. Un fracaso de responder durante el tiempo dado, resultará en que la aplicación de su hijo no sea procesada debidamente y que necesite una nueva aplicación.



PERMISO PARA OBTENER EL HISTORIAL MEDICO

Nombre legal del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a Mending Kids International que puedan obtener el historial médico de mi hijo, los cuales incluyen las notas del doctor, radiografías y reportes, reportes operativos y cualquier otra información acerca de consultas médicas y tratamientos que mi hijo haya o vaya a recibir y que Mending Kids International va a pasar el historial Medico a los hospitales internacionales de MKI y a otras organizaciones que trabajan conjuntamente con MKI.

Nombre del Padre/Guardián

Fecha

Firma del Padre/Guardián

La firma de este documento le da permiso a MKI para poder obtener el historial medico del paciente para la CONSIDERACION del dicho paciente en nuestro program. La firma no garantiza su ingreso al programa.



HISTORIAL MEDICO-SOLAMENTE PARA DOCTORES

Nombre Legal del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Año Escolar: _____

Intervención quirúrgica que quiere que MKI ayude a pagar:

Importante: MKI ayuda a pagar ciertas cirugías solamente. Su aplicación será denegada si no llena este espacio o si la dejo en blanco intencionalmente. MKI no paga por tratamiento de diagnóstico. Un doctor debe de haber recomendado una intervención quirúrgica antes de aplicar a MKI.

Dentro de cuanto debe de ser la cirugía: _____

Diagnóstico Primario: _____

¿Cómo confirmo el diagnóstico?: _____

Otros problemas médicos (pasados y presentes, indique si el problema ya fue resuelto)

Cabeza y Cuello (incluya problemas dentales): _____

Pulmones: _____

Corazón: _____

Abdomen (incluya parásitos intestinales) _____

Riñones/ Vejiga: _____

Huesos/Coyunturas (incluya problemas con la espina dorsal/escoliosis): _____

Cabello/piel/uñas (incluya erupción, piojos): _____

Desarrollo de comportamiento (incluya orina en la cama, ambulatorios): _____

Alergias: _____

Medicinas que está tomando, dosis, e indicaciones:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

¿Cuándo fue el examen médico más reciente?

Fecha: _____ Edad: _____ Peso: _____

Presión: _____ Temperatura: _____ pulso: _____ respiración: _____

Si tiene problemas del corazón, cuál es el porcentaje de saturación de oxígeno a Temp. De ambiente: _____

Resultados significativos del examen físico:

Nombre del Médico

Firma del Médico

Teléfono

Fecha



CARTA DE VACUNACION- SOLAMENTE PARA DOCTORES

Nombre legal del niño _____

Vacuna	Fecha adquirida	Fecha adquirida	Fecha Adquirida	Fecha Adquirida
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Difteria-Tétano-Tosferina				
Polio				
Sarampión-Paperas-Rubella				
Varicela				
H. Influenza B				
Otras				

Fecha y resultado del examen de Tuberculosis (TB): _____

Fecha y resultado del examen de rayos-x si el examen de TB fue positivo: _____

Examen de anticuerpo para el VIH: _____

Fecha y resultado del examen, si no han vacunado al paciente de Hepatitis B:

HepB sAg _____ HepB s Ig _____ HepB c Ig _____

Si el paciente no ha recibido alguna vacuna, indique la razón: _____

Alguna otra información médica que MKI, el hospital, o la familia anfitriona necesita saber sobre el paciente?

Yo certifico que la información indicada es correcta

Nombre del Médico Firma del Médico Teléfono Fecha



Historial Social

Nombre Legal del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Año Escolar: _____

Dirección del niño: _____
Calle Ciudad País

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

El niño vive con: _____
Nombre del padre/ guardián legal Nombre de la madre/guardián legal

Organización que está refiriendo (si existe alguna): _____

Nombre del encargado: _____ Correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Ocupación del padre: _____ Ocupación de la madre: _____

Salario anual en US\$: _____

Miembros que viven en la casa:

Nombre	Edad	Sexo	Relación al niño
--------	------	------	------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tiene familiares en E.E.U.U.? _____ Expliquen quienes y donde viven: _____

Describe cualquier problema que MKI debería de saber mientras que cuida a su niño (moja la cama, tiene problemas disciplinarios, temperamento fuerte, etc.): _____

Describe la dieta principal del niño (incluya alergias): _____

Religión: _____

Cómo escucho acerca de MKI: _____