

PO Box 684261

Austin, TX 78768

Pediatric Surgery Intake Form (*English & Spanish):*

(Questionario de cirugia para los pacientes pediatras:)

Please review the following questions with your primary care physician, pediatrician or orthopedic physician. Have the physician complete the bottom of the form and sign off on the responses. For questions, email: [spineoutreach@gmail.com](mailto:spineoutreach@gmail.com). Thank you.

(Por favor revise las siguientes preguntas con su médico de atención primaria, pediatra u ortopédico. Haga que el médico complete la parte inferior del formulario y firme las respuestas. Para preguntas, correo electrónico: [spineoutreach@gmail.com](mailto:spineoutreach@gmail.com). Gracias.)

1. How old was the patient when scoliosis/spinal deformity was diagnosed, or when did the parents first notice a deformity (if earlier)?

¿Cuantos años tenia el paciente cuando se diagnostico con escoliosis ó deformidad en la columna vertebral, ó cuando los padres notaron el problema/deformidad en la espalda?

1. Does he /has he used any nicotine or alcohol products? If yes, when and how much?

¿Él /ella ha usado algún producto que contenga nicotina (como fumar) ó toma alcohol? Si la respuesta es si, ¿cuándo y cuánto (ejemplo: cuantos cigarillos ó cuantas bebidas alcoholicas)?

1. Any previous surgery? (that he had to stay overnight in hospital?)

¿Alguna cirugía previa? (donde tuvo que pasar la noche en el hospital)

1. It's a low chance that he would need any blood products during or after this surgery, but possible. Do they have any objection to us using blood from the blood bank if needed?

Es muy poca la posibilidad de que necesite algún producto de sangre durante o después de esta cirugía, pero puede ser posible. ¿Si es necesario tiene alguna objeción de que reciba sangre del banco de sangre?

1. Any bloodwork done/labs/medical testing in the last couple of years? What did their doctor tell them about results? (If their doctor has those, it would probably be helpful for our clearance doctor here to review also.)

¿Ha tenido analisis de sangre / laboratorios / pruebas médicas en los últimos años? ¿Qué les dijo su médico sobre los resultados? (Si su médico tiene los resultados, nuestro doctor tiene que revisar los resultados para que vea que todo esta bien).

1. Any heart problems in the past? (if yes, any testing done?)

¿Algún problema cardíaco en el pasado? (Si la respuesta es que si ha tenido algun problema cardiaco, ¿se realizó alguna prueba?)

1. Any lung problems? (if yes, any testing done?)

¿Algún problema en los pulmones/pulmonar? (En caso afirmativo, ¿se realizó alguna prueba?)

1. Any problems with voiding urine or bowels? Do they use a catheter? Any recurrent urinary tract infections?

¿Tiene problemas para orinar o hacer del baño? ¿Alguna infección recurrente de las vias urinarias? (como infecciones en la orina frequentemente.)

1. Have they ever been told pt had a seizure? (If yes, we ask for details incl. frequency, severity, meds, and whether pt has ever had a grand mal seizure.)

¿El paciente alguna ves tuvo un ataque epileptico? (En caso afirmativo, con que frecuencia, que tan grave fueron los ataques, medicamentos que le dieron, y si el paciente alguna vez tuvo un ataque de gran mal).

1. Have they ever been told pt has had a "staph infection" (MRSA)? (if yes, details of how it was treated, how long it lasted, where on their body, and any recurrence)

¿Alguna vez el paciente ha tenido una "infección por estafilococo" (SARM)? (en caso afirmativo, detalles de cómo se trató (tratamiento), ¿ cuánto tiempo duró el tratamiento?, ¿en qué parte del cuerpo tuvo la infeccion y si fue recurrente ó le dio varias veces?

1. Any dental infections/cavities currently? (We don't want patients to do any dental cleanings 1 month before surgery.)

¿Alguna infección dental /actualmente tiene caries? Le pedimos que no tenga una limpieza dental un mes antes de la cirugia.

1. Taking any medicine or supplements? (We want to know even things they take occasionally.)

¿Toma algún medicamento o suplemento? (Necesitamos saber tambien de las medicinas ó suplementos que toma ocasionalmente).

1. Please list all allergies and the reaction they’ve had with each one.

Tiene algun tipo de alergia (por ejemplo alergia a algun medicamento o alimento.) Si tuvo alguna reacción, ¿que tipo de reacción le dio?

1. Anyone in his family have any bleeding disorders they know of? (For pt, do they notice he bruises unexplainably/easily, or that if he gets a cut it takes a long time to stop bleeding?)

¿Alguien en su familia tiene algún trastorno en la sangre (como hemorragias) que ellos sepan? (Pregunta para el paciente, ¿usted nota que se le hagan moretones muy facilmente o sin causa alguna, ó que caundo se corta sangra por mucho tiempo.)

1. If female, are you on any form of birth control?

Para los pacientes que son mujeres, toma ó usa algún sistema anticonceptivo.

1. Any trouble swallowing (pills)?"

¿Tiene problema para pasar ó tomar (pastillas)?

1. And also to know if they have any issues with acne/pimples along the spine area of their back....

¿Tiene problema con acne en la espalda? Y si tiene ó tuvo el problema, ¿le dieron tratamiento?

**Physician/** **Parent/**

**­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name (Print)/ Nombre (Imprimir) Name (Print)/ Nombre (Imprimir)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Signature/Firma Signature/Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Hosp or Bus Name/ Nombre del hospital u oficina Email/ Correo electrónico

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Date/Fecha Date/Fecha