PROGRAMA PRO
niños incapacitados
DEL LAGO, A.C.

EXPEDIENTE DEL PACIENTE (Case History) ☐ New ☐ Update

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ / _____ / _____
(Nombre) (Apellido del padre) (Apellido de la madre)

MALE ☐ FEMALE ☐ FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
DD-MMM-YY DD-MMM-YY

DIRECCION: _____ **PUEBLO:** _____

TELEFONO: _____ **SI NO HAY TELEFONO, alguien que lo tenga:** _____

SEGURIDAD SOCIAL? ☐ SI O ☐ NO

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE: _____

EN QUE TRABAJA LA MADRE: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: _____

EN QUE TRABAJA EL PADRE: _____

PROBLEMA(S) (lo más detallado posible): _____

_____

_____

TRATAMIENTO PREVIO: _____

_____

APOYOS DEL PROGRAMA:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Office Info Only: please complete the questions below by interviewing the parents:

Approved for program? _____ **By whom?** _____ **Date of approval** _____

Total Family income per month (pesos): _____ **(updated each year please)**

Home owned or rented? _____ **How many children in family?** _____ **How many people live in home?** _____

How many people over 18 years of age live in the home? _____ **Is father supporting the family?** _____

☐ **Convulsive disorder?** ☐ **Cancer?** ☐ **Diabetes** ☐ **Chronic disease? - If so what** _____

☐ **Surgery necessary?** ☐ **Orthopedic?** ☐ **Therapy only?** ☐ **Other? - If so what** _____

Comments: _____ **Updated: 19-Feb-08**