

Programa de Peso Saludable y Bienestar

Información Paciente/Familia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Fecha de inscripción: ____ / ____ / ____

Información Padres (Materno)

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Correo electrónico del padre: _____

Raza:

- Afro americano
- Asiático/Islas del Pacífico
- Caucásico
- Nativo Americano

Etnicidad:

- Hispano
- No-Hispano

Grado más alto completado: _____ Ocupación: _____

Tiene seguro médico para usted?: ____ Si ____ No

Si su respuesta es afirmativa, cual es nombre de su seguro? _____

Información Padres (Paterno)

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Correo electrónico del padre: _____

Raza:

- Afro americano
- Asiático/Islas del Pacífico
- Caucásico
- Nativo Americano

Etnicidad:

- Hispano
- No-Hispano

Grado más alto completado: _____ Ocupación: _____

Tiene seguro médico para usted?: ____ Si ____ No

Si su respuesta es afirmativa, cual es nombre de su seguro? _____

Información Del Niño

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Raza:

- Afro americano
- Asiático/Islas del Pacífico
- Caucásico
- Nativo Americano

Etnicidad:

- Hispano
- No-Hispano

Lenguaje hablado en casa: _____

Grado más alto completado: _____ Ocupación: _____

Tiene seguro médico para usted?: ____ Si ____ No

Si su respuesta es afirmativa, cual es nombre de su seguro? _____

Información Paciente/Familia

Información de Hogar Actual

Cuantos miembros de familia viven ahora en su hogar? _____ Ingreso anual combinado: \$ _____

Es usted elegible para comidas gratis o reducidas? _____ Si _____ No

Algún miembro de familia viviendo con usted tiene algunas de las siguientes? _____

- Enfermedad seria o enfermedad crónica: _____
- Presión arterial alta: _____
- Colesterol alto: _____
- Diabetes Tipo I o Tipo II: _____
- Preocupación sobre el peso: _____
- Restricciones de ejercicio o algún deporte: _____
- Diagnostico de salud mental: _____

Consentimiento para la Participación en Estudios de Investigación

** La información que usted ha dado completando este y los otros formularios podra asistirnos a evaluar problemas particulares de su hijo(a) y a establecer un regimen de programa. Nos gustaria pedir su consentimiento para utilizar la información indicada anteriormente unicamente para fines de investigación. Toda la información contenida es confidencial y es solo usada para reportes de estadísticas en areas que contribuyen los resultados de control de peso. Este consentimiento general tambien esta de acuerdo en antes y despues de la fotografia del progreso de su hijo. Estas fotografias estan estrictametne para usted, su hijo(a) y nuestros practicantes para visualizar la diferencia alcanzada en el progreso de su familia; estas fotografias no seran publicadas o compartidas con otros proveedores afuera del personal de Pediatric Weight and Wellness.

** Tambien tenemos la oportunidad para que los padres participen en el tratamiento e investigación de sus hijos teniendo nuestro personal haciendo un seguimiento de sus medidas (incluyendo, pero no limitado a): Altura, Peso, Índice de Masa Corporal, Porcentaje de grasa corporal (masa muscular, masa grasa, la tasa metabolica basal), Problemas de salud mental y diagnósticos.

Al firmar este documento usted autoriza Pediatric Weight and Wellness de utilizar su información en una base de datos de la investigación confidencial y potencial publicación de los resultados confidenciales (no se utilizaran marcadores de identificación) que implican el estatus socioeconómico, las contribuciones culturales y de la información medica de los padres en los componentes de investigación clinica/medica.

Firma Padre/Guardian: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Evaluación del Comportamiento y Estilo de Vida

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre del padre/madre: _____ Relación: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Historia De Peso:

Por favor, clasifique el nivel de preocupación que tiene usted con el peso de su hijo(a) en este momento:

1 – ninguna preocupación **2** – preocupación limitada **3** – preocupación moderada **4** – bastante preocupación **5** – extrema preocupación

A que edad el peso de su hijo se convirtió en una preocupación? _____

Qué clase de cosas ha hecho su hijo para bajar de peso? (por favor marque o especifique el nombre)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atkins | <input type="checkbox"/> Weight Watchers |
| <input type="checkbox"/> South Beach | <input type="checkbox"/> Zone |
| <input type="checkbox"/> Jenny Craig | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Suplementos de hierbas medicinas: _____

Otro: _____

Alguno de estos fue efectivo? (por favor comparta los éxitos y barreras en tanto detalle como sea posible): _____

Por favor describa sus metas generales de salud de su hijo y las suyas y el progreso que quiere hacer: _____

NUTRICIÓN:

Estas preguntas generalmente relacionadas con comportamientos de su hijo en los últimos 3 a 4 meses

Bebidas con Azúcar

Calcule el consumo que su hijo(a) consumen en refrescos, gaseosas (regulares), jugos de fruta, bebidas de deporte, y bebidas energéticas (porciones al día). No incluya bebidas de dieta. Una porción es 8 onzas por bebida.

- | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 o más porciones al día | <input type="checkbox"/> 2 porciones al día |
| <input type="checkbox"/> 5 porciones al día | <input type="checkbox"/> 1 porción al día |
| <input type="checkbox"/> 4 porciones al día | <input type="checkbox"/> 0 porciones al día/nada |
| <input type="checkbox"/> 3 porciones al día | |

Vegetales (No incluya papas fritas en su cuenta)

Evalúe el promedio de tamaño del puño de porciones de vegetales que su hijo(a) come cada día (La porción de su hijo(a) debe ser el tamaño del puño=1 porción). Por ejemplo: broccoli, zanahorias, habichuelas, champiñones, guisantes, calabaza, etc.

- | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 porciones al día de vegetales | <input type="checkbox"/> 2 porciones al día de vegetales |
| <input type="checkbox"/> 4 porciones al día de vegetales | <input type="checkbox"/> 1 porción al día de vegetales |
| <input type="checkbox"/> 3 porciones al día de vegetales | <input type="checkbox"/> 0 porciones al día de vegetales/nada |

Frutas

Evalúe el promedio de tamaño del puño o porción entera de fruta que su hijo(a) come cada día. Ejemplos de frutas incluyen, pero no están limitados a, manzanas, moras, melón, toronja, uvas, naranja china, mangos, nectarina, naranjas, papayas, duraznos, piña, peras, mandarianas, fresas, y sandía. No cuente jugo de fruta en esta pregunta.

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4 o más porciones de fruta al día | <input type="checkbox"/> 1 porción de fruta al día |
| <input type="checkbox"/> 3 porciones de fruta al día | <input type="checkbox"/> 0 porciones de fruta al día/nada |
| <input type="checkbox"/> 2 porciones de fruta al día | |

Leche & Productos Lácteos

Esto incluye yogurt, leche (8 onzas) queso (1 onza). Marque con un círculo: Entera, 2%, 1%, Sin Grasa, Leche de Soja/Almendra

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 o más porciones diarias de leche y alimentos lácteos | <input type="checkbox"/> 1 porción por día de leche y alimentos lácteos |
| <input type="checkbox"/> 2 porciones diarias de leche y alimentos lácteos | <input type="checkbox"/> 0 porciones diarias de leche y alimentos lácteos |

Comida Rápida/Comida de Restaurante

Evalúe el número de veces que su hijo(a) come comida rápida, comida para llevar, y comida de un restaurante, en promedio en los últimos tres meses (esto incluye visitas individuales a restaurantes con la familia, amigos, solo(a), etc.) Por ejemplo: McDonald's, Burger King, Chick-Fil-A, Chilli's, buffets; comida para llevar o sentado)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 o más veces por semana (comida rápida) | <input type="checkbox"/> 2 veces por semana (comida rápida) |
| <input type="checkbox"/> 4 veces por semana (comida rápida) | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana (comida rápida) |
| <input type="checkbox"/> 3 veces por semana (comida rápida) | <input type="checkbox"/> Nunca (no comida rápida) |

Marque con un círculo todos los alimentos de cada categoría que su familia come:

Granos, panes, cereal es:

Pan blanco	Cereales	Amarante
Pan integral	Avena	Bulgar
Arroz blanco	Pasta blanca	Tortillas
Arroz integral	Pasta de trigo	Papita

Carne:

Pollo	Salchicha	Jamón
Cerdo	Perros calientes	Carne asada
Carne Rojo	Pavo	

Cuántos días a la semana come su hijo(a) alimentos fritos?

(Ejemplos son: pescado frito, palitos de queso fritos, pollo frito, aros de cebolla, papas fritas)

Marca la mejor opción:

Más días	Algunos días	Rara vez
----------	--------------	----------

Agua

Calcula cuantas porciones de 8 onzas de agua su hijo(a) consume en promedio en un día regular

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8 o más porciones de agua por día | <input type="checkbox"/> 2-3 porciones de agua por día |
| <input type="checkbox"/> 6-7 porciones de agua por día | <input type="checkbox"/> 1 porción de agua por día |
| <input type="checkbox"/> 4 porciones de agua por día | <input type="checkbox"/> 0 porciones de agua por día |

Cuales otros líquidos o bebidas beben su hijo(a)? Marque con un círculo todas que se aplican:

Jugos Gatorade/bebidas deportivas	Bebidas energéticas	Leche
Té/té dulce	Café	
Refrescos	Kool Aid	

Dulces y Aperitivos

Comidas altamente procesadas con altas concentraciones de simples azucares están incluidos en esta categoría. Estos incluyen: tortas, pasteles, helado, barras de dulce, papas fritas, pretzels, galletas, etc.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 o más porciones diarias de dulces y snacks | <input type="checkbox"/> 3 porciones por día de dulces y snacks |
| <input type="checkbox"/> 5 porciones por día de dulces y snacks | <input type="checkbox"/> 1-2 porciones por día de dulces y snacks |
| <input type="checkbox"/> 4 porciones por día de dulces y snacks | <input type="checkbox"/> 0 porciones por día de dulces y snacks |

(Si no consume cada día, por favor describa cada mes _____)

En promedio, cuantas comidas normalmente come cada día?

1-2 comidas al día

5-6 comidas al día

3-4 comidas al día

Mas entre comidas meriendas que porciones de comidas regulares

Su hijo(a) tiene alguna dieta especial (diabetes, alta presión arterial, etc.)?

Diabetes

Dieta de Hígado

Alta presión arterial

Libre de Gluten

Alto Colesterol

Libre de Lacteos

Dieta de Riñon

Bajo en Sodio

Su hijo(a) toma algún suplemento nutricional?

De hierbas

En caso afirmativo, con qué frecuencia:

Proteína agregada

Cada día

Vitaminas

Algunas veces

Minerales

Comidas de Familia en Casa

Durante los últimos 7 días, cuántas veces toda su familia, o la mayor parte de los que viven en su hogar, tuvieron una comida juntos?

5 o más comidas por semana

1-2 comidas por semana

3-4 comidas por semana

0/Nunca

Quién está involucrado en la preparación de alimentos y la alimentación de su hijo(a)? Marque todas las que aplican:

Madre

Padre

Abuela/Abuelo

Hermanos/Hermanas

Su niño/adolescente

Otras: _____

Problemas en Áreas de Comida (Por favor indique todas las que aplican) – Él o ella:

A veces se esconde cuando come/esconde alimento

Usualmente se salta comidas

Usa comida como un sistema de recompensa en casa

Come cuando enojado o estresado

Nunca sabe cuándo está lleno

Come cuando se siente triste/deprimido

Ama los dulces y no puede estar lejos de ellos

Come cuando está feliz

Come en grandes porciones o más de 2 porciones

Come cuando se siente aburrido

Come comidas no saludables (comida frita, comida rápida, dulces, golosinas)

Come en el tiempo incorrecto (por ejemplo, por la noche, después de las 9/10 pm)

Comer Emocional/Comportamiento Comer, Comer Compulsivamente

Su hijo(a) come grandes porciones de comida, en un corto periodo de tiempo, cuando no sabe cuándo parar de comer a pesar de que este incómodamente lleno? No Si, & En caso afirmativo:

Cuántas veces a la semana ocurre? 5 o más veces por semana 3-4 veces por semana 1-2 veces por semana

Su hijo(a) tiene pérdida de control al comer? Si No

Su hijo(a) expresa sentimientos de culpa y vergüenza después de comer de esta forma? Si No

Después de esto (comer compulsivo), su hijo(a), se niega comer (ayuno), hace ejercicio excesivamente, o usa laxantes o vomitar?

No Si & marca que comportamientos: Ayuno Ejercicio excesivo Uso de laxantes o Vomitar

Actividad /Ejercicio:

Con qué frecuencia hace ejercicio su hijo(a) o adolescente? Por favor marque cuántos minutos por día y cuantos días a la semana su hijo(a) o adolescente hace cualquier ejercicio/actividad física (por favor incluya el tiempo que pasa en una clase de educación física/PE):

Cuántos minutos por día?

<input type="checkbox"/> 5-10 minutos al día	<input type="checkbox"/> 20-30 minutos al día	<input type="checkbox"/> 40-50 minutos al día	<input type="checkbox"/> 60+ minutos al día
<input type="checkbox"/> 10-20 minutos al día	<input type="checkbox"/> 30-40 minutos al día	<input type="checkbox"/> 50-60 minutos al día	

Cuántos días por semana?

<input type="checkbox"/> 5-10 minutos al día	<input type="checkbox"/> 20-30 minutos al día	<input type="checkbox"/> 40-50 minutos al día	<input type="checkbox"/> 60+ minutos al día
<input type="checkbox"/> 10-20 minutos al día	<input type="checkbox"/> 30-40 minutos al día	<input type="checkbox"/> 50-60 minutos al día	

Cuántos días a la semana tiene su hijo una clase de educación física?

<input type="checkbox"/> 0 días	<input type="checkbox"/> 2 días	<input type="checkbox"/> 4 días
<input type="checkbox"/> 1 días	<input type="checkbox"/> 3 días	<input type="checkbox"/> 5 días

Cuántos días a la semana tiene su hijo(a) recreo (“recess”)?

<input type="checkbox"/> 0 días	<input type="checkbox"/> 2 días	<input type="checkbox"/> 4 días
<input type="checkbox"/> 1 días	<input type="checkbox"/> 3 días	<input type="checkbox"/> 5 días

En qué tipo de ejercicio participa su hijo(a)/adolescente?

<input type="checkbox"/> Paseo píaneado	<input type="checkbox"/> Fútbol/Soccer
<input type="checkbox"/> Caminar rápido (latido del corazón es más rápido)	<input type="checkbox"/> Béisbol/Softbal
<input type="checkbox"/> Ciclismo (clase de spinning o paseo en bicicleta)	<input type="checkbox"/> Baloncesto
<input type="checkbox"/> Ejercicio de grupo (aeróbicos, balé)	<input type="checkbox"/> Fútbol Americano
<input type="checkbox"/> Natación	<input type="checkbox"/> Voleibol
<input type="checkbox"/> Artes marciales, karate	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Utilizar el equipo de juego/”Parque de niños”	

En promedio, cuántos días por semana usted hace ejercicio juntos como familia (padres y niño(a) o adolescente)?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 3-4 días	<input type="checkbox"/> Cada día
<input type="checkbox"/> 1-2 días	<input type="checkbox"/> 5-6 días	

Sueño y El Tiempo Pasado Viendo TV o Usando Electrónicos:

En promedio, a qué horas su hijo(a)/adolescente se duerme durante las noches de semana y la escuela?

<input type="checkbox"/> 11 pm o más tarde	<input type="checkbox"/> 9 pm	<input type="checkbox"/> 7 pm
<input type="checkbox"/> 10 pm	<input type="checkbox"/> 8 pm	

En promedio, usualmente a qué hora su hijo(a)/adolescente se despierta durante la semana/mañanas de escuela?

<input type="checkbox"/> 9 am o más tarde	<input type="checkbox"/> 7 am	<input type="checkbox"/> 5 am
<input type="checkbox"/> 8 am	<input type="checkbox"/> 6 am	

Su hijo(a) se siente descansado cuando se despierta por la mañana? Si No A veces

Su hijo(a)/adolescente toma una siesta durante el día/tarde? No Si, & por favor, especifique

<input type="checkbox"/> 9 am o más tarde	<input type="checkbox"/> 7 am	<input type="checkbox"/> 5 am
<input type="checkbox"/> 8 am	<input type="checkbox"/> 6 am	

Con qué frecuencia hace siesta su hijo(a):	Por cuánto tiempo hace su hijo(a) siesta durante el día, tarde?	
<input type="checkbox"/> Cada día	<input type="checkbox"/> 4 o más horas	<input type="checkbox"/> 1 hora
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 3 horas	<input type="checkbox"/> 30 minutos
<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 2 horas	<input type="checkbox"/> 15 minutos
<input type="checkbox"/> Solo en los fines de semana		

Se duerme usando aparatos electrónicos (TV, computadora, tableta, teléfono celular, juegos de video)? Si No

TV/Internet/Video Juegos

Piense en el promedio de actividad de medios de comunicación que su hijo(a) usa, para el entretenimiento. Marca la cantidad de tiempo al día (generalmente). Esto incluye: televisión, videos/YouTube/Netlfix/Hulu, teléfono celular, juegos de video, y actividades en la computadora/laptop/tableta):

Menos de una hora al día

Imagen del Cuerpo

Su hijo(a) se siente avergonzado de su cuerpo? Si No A veces

Su hijo(a) es objeto de burlas o intimidado por otros acerca de su peso o cuerpo? Si No No sé

Con qué frecuencia su hiiio(a)/adolescente le preocupa o hace lo siguiente:

	Siempre	Frecuentemente	A Veces	Nunca
Preocupación con esconder y disfrazar el cuerpo				
Preocupación por interacciones sociales por su peso				
Fuerte insatisfacción con el cuerpo				
Cree que fuera mas feliz mas delgado				
Evita situaciones sociales por apariencia física				
Hace comentarios negativos sobre su cuerpo				

¡Gracias por completar nuestro cuestionarro!

Lista de Síntomas Pediátricos

(Pediatric Symptom Checklist – Parent/Spanish)



Nombre del niño: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Completado por: (por favor circule uno) Madre Padre Pariente Guardian Otro: _____

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo:

	Nunca	A Veces	Seguido/Siempre
1. Se queja de dolores y malestares			
2. Pasa mucho tiempo solo(a)			
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía			
4. Es inquieto, incapaz de sentarse quieto			
5. Tiene problemas con maestros			
6. Menos interesado(a) en la escuela			
7. Es muy activo(a), tiene mucha energía			
8. Es muy soñador(a)			
9. Se distrae fácilmente			
10. Temeroso(a) de nuevas situaciones			
11. Se siente triste, infeliz			
12. Es irritable, se enoja mucho			
13. Se siente sin esperanzas			
14. Tiene problemas para concentrarse			
15. Esta menos interesado(a) en sus amistades/amigos			
16. Pelea con otros niños(as)			
17. Se ausenta de la escuela			
18. Sus notas escolares están bajando			
19. Se critica a si mismo(a)			
20. Visita al doctor y el doctor no le encuentra nada malo			
21. Tiene problemas para dormir			
22. Se preocupa mucho			
23. Quiere estar con usted más que antes			
24. Se siente que el/ella es malo(a)			
25. Toma riesgos innecesarios			
26. Se lastima fácilmente/frecuentemente			
27. Parece divertirse menos			
28. Actúa más chico que niños de su propia edad			
29. No obedece reglas			
30. No demuestra sus sentimientos			
31. No comprende los sentimientos de otros			
32. Molesta a otros			
33. Culpa a otros por sus problemas			
34. Toma cosas que no le pertenecen			
35. Se rehúsa a compartir			

©M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital (<http://psc.partners.org>). English PSC Gouverneur Revision 01-06-03

- a. Su hijo tiene algún problema emocional, o de comportamiento, para el cual necesita ayuda? Si No
- b. De momento, su hijo se esta consultando con un profesional de salud mental? Si No
- c. Ha sido hospitalizado su hijo(a) (o Baker Acted) por razones de salud mental/emocional en los últimos 12 meses? Si No

[For Provider Use: TOTAL SCORE _____ (Clinically Significant Not Clinically Significant)]

Formulario de Entrevista Clínica Psicológica Inicial

(Rev:3/2020-Parent Form-Spanish)

Nombre del niño: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Información del niño:

Edad: _____ Grado: _____ Nombre de la escuela: _____ Sexo: Masculino Femenino

Quien vive/reside en su hogar: _____

Este formulario fue llenado por (por favor especifique su relación con el niño/a): _____

Problemas Presentados: Asuntos que son preocupaciones actuales acerca del niño

<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Problemas en dormir	<input type="checkbox"/> Desobediencia
<input type="checkbox"/> Crisis de llanto	<input type="checkbox"/> Preocupación/ansiedad	<input type="checkbox"/> Impulsivo/interrumpe a otros
<input type="checkbox"/> Humor irritable	<input type="checkbox"/> Aislamiento social/Retirarse de los demás	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas/atentos
<input type="checkbox"/> Falta de interés en cosas usuales	<input type="checkbox"/> Asuntos de imagen corporal	<input type="checkbox"/> Auto mutilación (e.j., cortándose)
<input type="checkbox"/> Baja confianza y auto-estima	<input type="checkbox"/> Dificultad en poner atención	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (alcohol/drogas)
<input type="checkbox"/> Arranque de rabia	<input type="checkbox"/> Inquietud/constante movimiento	<input type="checkbox"/> Otros (por favor describa abajo)

Otros problemas actuales de salud mental: _____

Historia de Síntomas Presentes:

El niño alguna vez a sido diagnosticado con un trastorno de salud mental? Si No

En caso afirmativo, por favor nombre todos los diagnósticos de trastornos de salud mental y el año de cada diagnostico: _____

Pasado/Presente Actuales Servicios de Salud Mental:

Paciente externo (individual, familia, o terapia de grupo): _____

Hospitalizaciones de la salud mental/Baker Act/paciente Interno/centro residencial: _____

Medicamentos Psicotrópicos Actuales: (medicamento para síntomas de salud mental) – por favor liste los nombres:

Medicamentos: _____

Quién prescribe la medicación actual? _____

Son las medicaciones eficientes? Si No Un Poco

Historia de familia con problemas psicológicos (padres, hermanos, abuelos, etc.): _____

Motivación Para Mejorar el Peso y los Comportamientos de Salud

La motivación del hijo para el tratamiento actual/para hacer cambios de su salud y peso (Marque uno):

1 – No esta motivado 2 – Un poco motivado 3 – Motivado 4 – Muy motivado 5 – Extremadamente motivado

Motivación del padre por tratamiento actual/para ayudar a su niño con cambios de salud y peso (Marque uno):

1 – No esta motivado 2 – Un poco motivado 3 – Motivado 4 – Muy motivado 5 – Extremadamente motivado

Fortalezas de cambio en estilo de vida: _____

Barreras de cambios en estilo de vida: _____

Problemas Médicos

Historia de Abuso Infantil

El niño experimenta abuso infantil actualmente? Si No

Si afirmativo, por favor especifique el tipo de abuso: Físico Sexual Emocional & por quien: _____

Fue su hijo alguna vez expuesto a violencia domestica? Si No

Si afirmativo, por favor explique: _____

Legal History

Ha sido el niño encarcelado (arrestado/en cárcel)? Si No

Si afirmativo, por favor explique: _____



FORMULARIO DE COMPROMISO DEL PROGRAMA

Programa de peso saludable y bienestar

Nuestro Compromiso con Usted...

- Proveer orientación-familiar individualizada, salud profesional y cuidados para la salud de su hijo incluyendo:
 - Oportunidades frecuentes para aprender, participar y disfrutar actividad física
 - Maneras de mejorar la salud por medio de nutrición y opciones de comida saludable
 - Exploración de estrategias de comportamiento para obtener metas en salud y bienestar
 - Tratamiento medico y problemas relacionados con peso como suplemento para el cuidado previsto por el medico de su hijo
 - Proveer coaching de salud significativa y apoyar lo necesario por persona, teléfono o por email
- Mantener cualquier cita hecha, mantener puntualidad, y reprogramar solo en casos importante o imprevistos
- Mantener estricta confidencialidad y respetar su privacidad con todas las interacciones
- Comunicarse frecuentemente con el doctor de su hijo

Su Compromiso con este Programa (y su salud)

- Atender todas las citas. Si no puede asistir a la cita, por favor háganos saber con 24-48 horas de anticipación para la cancelación
- Completar todos los talleres educativos dentro de 4 (cuatro) meses de inscripción del programa
- Atender talleres adicionales y eventos especiales
- Complete todos los requerimientos de trabajo laboratorio dentro de una semana de las citas de evaluaciones medicas (trabajo laboratorio es hecho cada seis meses a menos que se considere necesario hacerlo con más frecuencia)
- La familia hará el MEJOR ESFUERZO en hacer cambios para convertirse en una persona mas saludable.

*****Es vital que entienda el compromiso que este programa requiere. Es solo por medio de asistencia de visitas al proveedor y talleres educativos, además de practica consistente de metas que su familia tendrá éxito. Su éxito, medido en el formulario de su hijo por metas de salud y bienestar de largo plazo, es realmente nuestro objetivo final.*****

En *AdventHealth's Healthy Weight and Wellness Program y Pediatric Weight and Wellness* miramos hacia el futuro para servirle a usted y a su familia durante este emocionante proceso hacia un cambio más saludable. Damos la bienvenida a todos los comentarios de los padres y pacientes para continuar a hacer este programa un éxito para nuestros hijos y la comunidad.

Compromiso para estar en forma

- Me comprometo a hacer activa la elección de alimentos saludables.
- Me comprometo a hacer ejercicio diario y estiramiento en cualquiera actividad que disfruto para mantener mi cuerpo y mente en forma mientras previniendo lesiones.
- Me comprometo a dormir y descansar estando seguro que descanse suficiente cada noche para reponer mi energía. Haré lo mejor para tener "tiempo de inactividad" durante el curso de cada día para relajarme.
- Me comprometo a seguir las recomendaciones y asignaciones saludables hechas por mi equipo de bienestar (medica, psicóloga, nutricionista y fisiólogo del ejercicio y coach de salud). Participaré activamente en talleres, sesiones individuales y trabajaremos juntos como una familia para hacer cambios de vida saludables.
- Me comprometo a ALEGRIA y tomar tiempo cada día para estar con gente e ir a sitios, haciendo cosas que me hacen reír y sentir feliz.

(Por favor tenga en cuenta que usted ha recibido este formulario y entiende todo por firmando abajo)

Firma del niño(a): _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre del padre/madre: _____ Fecha: _____ / _____ / _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE APTITUD Y EJERCICIO

Programa de peso saludable y bienestar

AdventHealth's Healthy Weight & Wellness Program ofrece programas individuales de aptitud física ("Actividades"). Las Actividades se llevarán a cabo en el AdventHealth, Pediatric Weight and Wellness, o en otros lugares designados por el AdventHealth. Las personas inscritas en el programa son elegibles para participar en las actividades patrocinadas por el programa a la finalización de este Registro y Autorización ("Formulario").

AUTORIZACIÓN

En consideración de ser permitidos para participar en el Healthy Weight & Wellness Program, yo estoy de acuerdo en autorizar a AdventHealth, Pediatric Weight and Wellness sus respectivos agentes, oficiales, directores y empleados, de una forma de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda o causa de acción que surja de nuestro relacionado a cualquier propiedad mía, durante su participación en la espera de participar, o en la ruta a participar en las actividades del Programa.

Tambien estoy de acuerdo en indemnizar y mantener inofensivamente al AdventHealth, Pediatric Weight and Wellness y sus respectivos funcionarios, empleados, directores y agentes frente a todos las reclamaciones, demandas, pérdidas, daños y costos, incluyendo pero no limitado a los gastos judiciales y de tasas razonables de abogados a cuenta de cualquier daño (incluyendo mi muerte) a mí o a mi propiedad que surja de mi participación en las actividades del programa.

Teniendo en cuenta que la participación en deportes o actividades físicas pueden ser físicamente exigentes y pueden resultar en accidentes o lesiones (ej. los riesgos inherentes a cualquier actividad deportiva/ejercicio, independientemente de la condición médica del participante) ocurridas, en raros instantes, muerte el Programa me ha avisado que yo debo consultar con mi propio medico y obtener su opinión en cuanto a la conveniencia de mi participación en las actividades del Programa.

Tengo en cuenta de que voy a ser instruido por el personal del Programa, durante las actividades, por la presente reconozco que debo cumplir con estas instrucciones, o perderé mis privilegios para participar en el Programa. Por la presente declaro que Healthy Weight & Wellness Program que estoy en buena salud y no sufro de ninguna discapacidad física (aparte de los problemas planteados en mi hoja de información del participante) que limite mi capacidad de participar en las actividades del Programa. Yo reconozco que ni el Programa ni sus entrenadores, instructores, empleados o agentes han hecho ningún consejo médico a mí, ni han dado ninguna opinión o diagnóstico de mi condición médica actual ni están autorizados para hacerlo. Si mi condición física alguna vez cambia o si tengo dificultades al participar en cualquier actividad del programa, estoy de acuerdo en suspender mi participación hasta consultar con mi medico personal.

Nombre del niño(a) (Por favor letra imprenta): _____

Nombre del Padre/padre guardián (Letra imprenta por favor): _____

Firma del Padre/padre guardian: _____



Para maximizar el tiempo que usted y su hijo(a) tengan con el equipo y minimizar el tiempo de espera, le presentamos a continuación las Políticas No-Presentación y Llegada-Tardía que tendrá un efecto inmediato.

Póliza De No-Presentacion

Implementaremos una política de "no-presentación" que afectará a todos los pacientes que no cumplan con su cita programada o que cancelen una cita sin un aviso de al menos 24 horas.

- Sesión de Orientación – Se le informará al Paciente/Padre acerca de la política de No-Presentación donde firmarán la misma.
- Incidencia – Paciente/Padre recibirán un aviso mediante carta de recordatorio sobre la Política de No-Presentación.
- Segunda incidencia – Paciente/Padre recibirán una llamada informándoles que la carta de recordatorio de la Política de No-Presentación fue enviada e informarles del resultado en caso de que ocurra una tercera incidencia.
- Tercera incidencia – Resultará en la expulsión del programa y se enviará una carta al Médico Primario informándole de incumplimiento.

Póliza De Llegada-Tardía

- Sesión de Orientación – Se le informará al Paciente/Padre acerca de la política de Llegada- Tardía donde firmarán la misma.
- Pacientes que lleguen más de 10 minutos tarde a una cita programada la misma sera reprogramada para otro día.
- En el caso de necesitar que su cita sea reprogramada tenga en cuenta que, debido a la gran demanda de este programa, esto podría ocasionar un retraso en su participación en el mismo de hasta 2-3 meses o más para la próxima cita disponible.
- Apreciamos las llamadas de cortesía para informarnos que usted llegará más de 10 minutos tarde y esto le permitirá reprogramar la cita y no contará como incidencia de "No-Presentación" (ver detalles arriba en la Política de No-Presentación).

Nombre del Paciente: _____

Firma del Padre/Custodio: _____

Fecha: _____ / _____ / _____