



P.O. Box 670207 Marietta, GA 30066

La Oficina 770-643-0868, Fax 770-643-0869

www.koolkidzpt.com

Formulario de historia e información

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____ Sexo _____

Número de teléfono (de casa) _____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento de la madre _____

Número de teléfono (móvil) _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento del padre _____

Número de fax _____

Dirección de la familia _____ Ciudad _____

Código postal _____

Ocupación de la madre _____ Número de teléfono (trabajo) _____

Correo electrónico _____

Ocupación del padre _____ Número de teléfono (trabajo) _____

Escuela/guardería del niño _____

Diagnostico del niño _____ Médico remitente _____

Número de teléfono (del médico) _____

Dirección del médico: _____

Compañía de seguros _____ Número de teléfono _____

Envía las reclamaciones a esta dirección _____

Nombre del asegurado _____ Número de serie del asegurado _____

Número de la póliza _____

Número del grupo _____ ¿El niño está cubierto para un otra póliza del seguro? _____ Sí _____ No

Por favor, provee información de seguro secundario en el otro lado de esta forma

Hermanos, edades _____

La fecha del ultimo evaluación de terapia física/ocupacional _____

¿Los inmunizaciones del niño están actualizados ? _____

Alergias del niño _____

¿Su niño fue nacido prematuramente? ¿A que etapa de gestación? _____

¿Su niño fue requerido para quedarse en el NICU después del nacimiento? ¿Por qué y que son los razones?

¿Que se gustaría lograr para su niño por esta intervención física/ocupacional? _____

¿Hay otras cosas su terapeuta necesita saber sobre su niño que puede ayudar él cuando está trabajando con su niño? _____
