



Boston Children's Hospital

Where the world comes for answers



**HARVARD MEDICAL SCHOOL
TEACHING HOSPITAL**

Servicios de Cuidados Complejos (CCS)

300 Longwood Avenue, Mailstop 3077, Boston, MA 02115

T: (617) 355-6162 | Fax: (617) 730-0621

Criterios clínicos y formulario de triaje de los Servicios de Cuidados Complejos (CCS)

La Clínica de Cuidados Complejos del Boston Children's Hospital atiende a través de visitas ambulatorias de rutina. Los niños que atendemos deben asistir a citas regulares en las que pueden acceder a los recursos que ofrece nuestro programa, incluido el acceso a nuestros proveedores.

El programa ofrece:

- Evaluaciones médicas integrales
- Comunicación directa entre especialistas
- Apoyo para las necesidades escolares
- Apoyo para equipo médico duradero y medicamentos
- Ayuda con la toma de decisiones y la transición a la atención de adultos
- Apoyo para recibir el diagnóstico, controlar y enfrentar enfermedades crónicas

Los niños deben tener 3 o más enfermedades activas y crónicas para recibir el seguimiento de la clínica de CCS. Cada enfermedad debe necesitar un seguimiento regular del Boston Children's Hospital. La mayoría de los niños también dependen de tecnología médica como las sondas G, una traqueostomía, un respirador u otro soporte.

Información demográfica de su hijo(a)

Fecha: _____ MRN del Boston Children's _____

Nombre del o de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: ☐ Masculino / ☐ Femenino / ☐ Transgénero

Idioma principal: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí / ☐ No

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ ☐ Celular ☐ Casa:

Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ Relación con el o la paciente: _____

Seguro principal: _____ ID de miembro: _____

Referido por (Nombre, Institución, Departamento) _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo(a) está hospitalizado(a) en este momento? [] Sí [] No

Si la respuesta es Sí: Institución : _____ Fecha prevista de alta (salida del hospital): _____

Diagnóstico:

Motivo del referido

- ☐ Ayuda con referidos a subespecialidades en el Boston Children's
- ☐ Inicio de atención en el Boston Children's
- ☐ Consulta única/segunda opinión
- ☐ Ayuda para cuidados médicos complejos
- ☐ Identificación de vacíos en la atención
- ☐ Admisiones frecuentes

Problema(s) actual(es):

¿Cuáles son sus principales objetivos para que los Servicios de Cuidados Complejos atiendan a su hijo(a)?

(Por ejemplo: mejora de la comunicación entre proveedores).

¿Qué áreas de apoyo son más importantes para usted?

(Ejemplo: necesidades escolares, apoyo con equipos médicos duraderos y medicamentos recetados, asistencia para tutela, etc.)

Además, háganos saber si tiene alguna inquietud urgente sobre cosas como próximas cirugías, altas recientes del hospital o cualquier otra cosa.

Tecnologías médicas *(Marque todas las opciones que correspondan)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traqueostomía +/- respirador | <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia ventricular, marcapasos u otras tecnologías cardíacas permanentes |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno doméstico, CPAP o BiPap | <input type="checkbox"/> Ileostomía, colostomía |
| <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica (NJ) sonda de gastrostomía (GJ) | <input type="checkbox"/> Cistostomía u otras formas de cateterismo |
| <input type="checkbox"/> Vía central (con/sin nutrición parenteral) | <input type="checkbox"/> Implante coclear |

- ☐ Derivación ventriculoperitoneal u otras tecnologías cerebrales permanentes (VNS, DBS)
- ☐ Bomba de baclofeno
- ☐ Diálisis peritoneal, hemodiálisis

☐ Otra opción (especifique) _____

☐ Ninguna

Equipo/asistencia educativa (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Silla de ruedas o coche para necesidades especiales
- ☐ Equipo de asistencia para la movilidad (como un rehabilitador de la marcha), bipedestador u otro equipo. Si no figura aquí, inclúyalo: _____
- ☐ Cama médica, Hoyer u otras modificaciones en el hogar
- ☐ Dispositivos ortopédicos (AFO, SMO, TLSO u otros). Si no figura aquí, inclúyalo: _____
- ☐ Dispositivos de comunicación aumentativa
- ☐ Servicios para fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, terapia visual u otros. Si no figura aquí, inclúyalo: _____
- ☐ Necesidades respiratorias: Asistente para la tos, nebulizador, monitor doméstico, chaleco de fisioterapia para el tórax, máquina de succión
- ☐ Monitoreo cardíaco
- ☐ Otra opción (especifique): _____
- ☐ Ninguno

¿Actualmente existe un plan de educación individualizado en vigor? [] Sí [] No

Especialistas actuales fuera del Boston Children's

Especialidad y motivo de la atención en subespecialidad	Nombre / institución del proveedor	Solo para uso interno (registros recibidos)
	Proveedor Institución: _____	
	Proveedor Institución: _____	
	Proveedor Institución: _____	
	Proveedor Institución: _____	

Nota: Envíe **por fax** las notas de alta y especialidad más recientes o los resultados de las pruebas si el paciente recibe seguimiento fuera del Boston Children's Hospital

Fax del CCS: (617) 730-0621