TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL
FOR CHILDREN
2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

Patient Referral Information

1 Has this child ever been a patient at Texas Scottish Rite Hospital for Children? ☐ No ☐ Yes MR#_____
¿Ha sido este niño alguna vez paciente del Hospital para Niños Texas Scottish Rite" No Si # de expediente

2 Child's name _____
(Nombre de niño) Last (Apellido) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Suffix (Jr. Sr. Etc)

☐ Male *(Masculino)* ☐ Female *(Femenino)* Age *(Edad)* Religious preference _____
Preferencia religiosa

3 Date of child's birth _____/_____/_____ Social Security Number _____
Fecha de nacimiento del niño Mo (Mes) Day (Dí) Yr (Año) *Número de Seguro Social*

4 Does this child speak English? ☐ No ☐ Yes If no, child's primary language_____
¿Habla este niño inglés? No Si Si no ¿Cuál es el primer idioma del niño?

5 The child's biological/adoptive parents are: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Separated
Los padres biológicos/adoptivos del niño son: Solteros Casados Divorciados Viudos Separados

6 With whom does the child primarily reside? (¿Principalmante, con quien vive este niño?)
☐ Father Padre ☐ Mother Madre ☐ Managing Conservator #1 Tutor Legal Asignado por la Corte #1 ☐ Managing Conservator #2 Tutor Legal Asignado por la Corte #2 ☐ Other Otro

Father *(Padre):*

_____
Name *(Nombre)*

_____
Address *(Direccion)*

_____
City *(Ciudad)* County *(Condado)*

_____
State *(Estado)* ZIP *(Zona Postal)*

(_____)_____
Home phone *(Número telefónico de la casa)*

(_____)_____
Work phone *(Número telefónico del trabajo)*

(_____)_____
Cell phone *(Teléfono celular)*

_____
Email *(Correo Electrónico)*

_____
Primary Language *(Primer idioma)*

_____
Employer *(Empleador)*

_____
Job Title *(Ocupación)*

Mother *(Madre):*

_____
Name *(Nombre)*

_____
Address *(Direccion)*

_____
City *(Ciudad)* County *(Condado)*

_____
State *(Estado)* ZIP *(Zona Postal)*

(_____)_____
Home phone *(Número telefónico de la casa)*

(_____)_____
Work phone *(Número telefónico del trabajo)*

(_____)_____
Cell phone *(Teléfono celular)*

_____
Email *(Correo Electrónico)*

_____
Primary Language *(Primer idioma)*

_____
Employer *(Empleador)*

_____
Job Title *(Ocupación)*

TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL FOR CHILDREN
2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

Patient Referral Information

7 If there has been a court decision creating or affecting the legal custody (managing conservatorship) of the child, please provide a copy of the court order and complete the following: *(Si ha habido alguna decisión de la corte que haya creado o afecte la custodia legal (custodia legal asignada por la corte) del niño por favor, proveer una copia de la orden de la corte y complete lo siguiente)*

_____
State and County of Court (Estado y Condado de la Corte) *Date (*Fecha) *Case Number (Número del Caso)*

Managing Conservator #1 *(Tutor Legal Asignado por la Corte #1)*

☐ Sole Total Asignada ☐ Joint Compartida Asignada ☐ Possessory Posesion Total

Name *(Nombre)*

Relationship to Child *(Relación con el niño)*

Address *(Direccion)*

City *(Ciudad)* County *(Condado)*

State *(Estado)* ZIP *(Zona Postal)*

( )
Home phone *(Número telefónico de la casa)*

( )
Work phone *(Número telefónico del trabajo)*

( )
Cell phone *(Teléfono celular)*

Email *(Correo Electrónico)*

Primary Language *(Primer idioma)*

Employer *(Empleador)* Job Title *(Ocupación)*

Managing Conservator #2 *(Tutor Legal Asignado por la Corte #2)*

☐ Sole *Total Asignada* ☐ Joint Compartida Asignada ☐ Possessory Posesion Total

Name *(Nombre)*

Relationship to Child *(Relación con el niño)*

Address *(Direccion)*

City *(Ciudad)* County *(Condado)*

State *(Estado)* ZIP *(Zona Postal)*

( )
Home phone *(Número telefónico de la casa)*

( )
Work phone *(Número telefónico del trabajo)*

( )
Cell phone *(Teléfono celular)*

Email *(Correo Electrónico)*

Primary Language *(Primer idioma)*

Employer *(Empleador)* Job Title *(Ocupación)*

8 For the purpose of coordinating appointments and records, please list any children in your immediate family who are, or have been, patients of Texas Scottish Rite Hospital for Children. *(Con el propósito de coordinar citas y expedientes, por favor, escriba el nombre de cualquier de cualquier niño en su familia inmediata quien sea o haya sido paciente del Hospital para Niños Texas Scottish Rite :*

Name _____ Date of birth_____/_____/_____ MR #_____
Nombre *Fecha de nacimiento* *# de expediente*

TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL
FOR CHILDREN
2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

Patient Referral Information

AGREEMENT AND ACKNOWLEDGMENT OF PARENT(S) OR MANAGING CONSERVATOR(S)
ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DE PADRE O TUTOR(ES) LEGAL(ES) ASIGNADOS POR LA CORTE

9 Texas Scottish Rite Hospital for Children (TSRHC) does not discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, or age in admission, treatment or participation in its programs, services and activities, or in employment. For further information about this policy, please contact:

Provider Name: Texas Scottish Rite Hospital for Children (TSRHC)
Contact Person / Section 504 Coordinator: Administrator
Telephone number: (214) 559 –7602, TDD or State Relay number: 1–800–735–2989

El Hospital para Niños "Texas Scottish Rite (TSRHC, siglas en inglés) no discrimina contra ninguna persona en base de raza, color, origen nacional, incapacidad o por la edad en admisión, tratamiento o participaciónen sus programas, servicios y actividades, o en su empleo. Para información adicional acerca de esta información, por favor, comuníquese con:

Nombre del Proveedor: Hospital para Niños "Texas Scottish Rite" (TSRHC)
Persona de Contacto/Coordinador de la Sección 504: Administrador,
Número de Teléfono: (214) 559–7602, Niños de Aparato de Telecomunicación para personas con Deficiencia de, Audición (TDD, siglas en inglés) o el número para trasmitir del estado: 1–800–735–2989

10 By signing below, I or we, hereby certify that as natural or adoptive parent(s) and/or managing conservator(s), I am/we are legally authorized to consent to medical care of the child herein named. I agree to notify the Hospital in the event that there is a change in the above mentioned relationship.

Firmando a continuación, yo, o nosotros, certificamos que como padre(s) naturales o adoptivos y/o tutor(es) legal(es) asignado(s) por la corte, estoy (estamos) legalmente autorizado(s) para dar consentimiento para atención médica para el niño aquí mencionado. Estoy de acuerdo en notificar al Hospital en el evento de que haya un cambio en la relación mencionada anteriormente.

MOTHER'S SIGNATURE *(FIRMA DE LA MADRE)* DATE *(FECHA)*

FATHER'S SIGNATURE *(FIRMA DEL PADRE)* DATE *(FECHA)*

Or Managing Conservator's Signature (if appropriate) DATE *(FECHA)*
O Firma del Tutor Legal Asignado por la Corte (si es apropriado)

11 Recommendation by a Texas Master Mason *(Recomendación de un Venerable Maestro Masón de Texas)*

Signature *(Firma)* Please Print Name *(Nombre en letra de imprenta)* Lodge Number *(Número de Logia)*

TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL
FOR CHILDREN
2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

Patient Referral Information

ORTHOPAEDIC PHYSICIAN REFERRAL (Referido Del Medico)

NOTE: Application cannot be processed without physician referral
(La solicitud no puede ser procesada sin el referido medico.)

ATTENTION: Referring Physician –the following is REQUIRED data:

1) **Child's Name** and **Date of Birth**

2) **Request for Orthopaedic/Musculoskeletal Evaluation** completed in its **ENTIRETY** for determination of child's eligibility

3) **Physician Signature**, **Date**, **Medical License Number** and **Demographics**

If you have any questions regarding the referral and/or services that TSRHC provides, please contact the Patient Access RN at (214) 559–7559 or 1 (800) 595–7604.

Child's Name _____ Date of birth ____/____/____
Last First Middle (Suffix) *Mo Day Yr*

REQUEST FOR ORTHOPEDIC/MUSCULOSKELETAL EVALUATION *(completed by MD)*

Diagnosis _____ Date of onset _____

Describe problem or need _____

_____

_____

Pertinent exam findings and history* _____

_____

Developmental status (Cognitive, Motor, Social)** _____

_____

* **Please attach related X–rays, medical records or other clinically significant information**

** **Please attach a copy of a developmental screening test, if applicable**

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ DATE _____

PHYSICIAN'S NAME _____ **MEDICAL LICENSE #** _____
Print or Type

PHYSICIAN'S ADDRESS _____
Street *Suite #*

_____
City State County ZIP

PHONE(____)_____ **FAX** (_____)_____

E–MAIL _____

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING PAPER PATIENT APPLICATION

1. If your child has ever been seen at Texas Scottish Rite Hospital for Children, please indicate this by checking yes or no. Any other information you can provide us, such as the year seen and Texas Scottish Rite Hospital for Children (TSRHC) medical record patient number (MR#), will also be helpful. (*Si su niño ha sido atendido anteriormente en el Hospital de Niños "Texas Scottish Rite", por favor, indíquelo marcando sí o no. Cualquier otra información que usted nos pueda proporcionar, tales como, el año que fue visto como paciente en el Hospital para Niños "Texas Scottish Rite" ("TSRHC", siglas en inglés), el número de expediente médico del paciente ("MR#") también sería de mucha ayuda.)*

2. Print child's name as it appears on the birth certificate, check the box to indicate gender, fill in the age of the child, and if you have a religious preference, please note here. (*Escriba en letra de molde el nombre del niño según aparece en el certificado de nacimiento, marque la casilla para indicar el género, llene la edad del niño y si usted tiene una preferencia religiosa, por favor, indíquelo aquí.)*

3. Enter child's date of birth and social security number. If no social security number exists, enter "none*". (Anote la fecha de nacimiento del niño y el número de seguro social. Si no tiene número de seguro social, escriba "ninguno".)*

4. Please indicate if child is able to speak English by checking yes or no. If no, indicate what language is spoken. We will strive to provide needed translation services. *Por favor, indique si el niño puede hablar en inglés, marcando "sí o no".* (*Si no, indique el lenguaje que habla. Haremos todo lo posible por proporcionarle los servicios de traducción necesarios.)*

5. To assist us in identifying the person who may legally sign consents, please check marital status of parents. If child's mother was not married to child's father at the time of birth, check "single." If biological parents are divorced, we will look to the person designated as the managing conservator for consent to evaluate and treat child. (*Para ayudarnos a identificar a la persona quien pudiera legalmente firmar los consentimientos, por favor, marque el estado civil de los padres. Si la madre del niño no estaba casada con el padre del niño al momento del nacimiento, marque "soltera". Si los padres biológicos están divorciados, nosotros buscaremos a la persona designada con la autorización legalmente asignada por la corte para dar el consentimiento de evaluar y tratar al niño.)*

6. Please indicate whom the child lives with most of the time. (Multiple boxes may be checked.) *Por favor, indique con quién vive el niño la mayor parte del tiempo. (Pudiera marcar varias casillas)*

   For each box that was checked on item #6, please complete the corresponding box below. (*Para cada casilla que marcó en el punto #6, por favor, complete la siguiente casilla correspondiente.)*

   Father's Name: biological or adoptive. If adoptive, complete section 7. Foster parents and stepparents are not considered adoptive parents until adoption is final, at which time there will be a new birth certificate issued and/or legal papers signed by a judge. Please print address where biological or adoptive father resides. Please indicate father's/mother's primary language. Please include the information about the father's employer; if not employed, write "none." (*Nombre del Padre: biológico o adoptivo. Si es adoptivo, complete la sección 7. Padres de crianza ("foster parents") y padrastros/madrastras no son considerados padres adoptivos hasta finalizada la adopción, en la cual, en ese momento, se emitirá un nuevo certificado de nacimiento y/o papeles legales firmados por un juez. Por favor, escriba en letra de molde, la dirección donde vive el padre biológico o adoptivo. Por favor, indique el lenguaje primario del padre/madre. Por favor, incluya la información sobre el empleador delpadre; si no está empleado, escriba "ninguno".)*

   Mother's Name: (use the same instructions as above). *Nombre de la Madre: (siga las mismas instrucciones arriba indicadas).*

7. Complete this portion if biological parents are divorced, or another person or agency has been named managing conservator(s). List state and county of court, date of the decree and case number. (*Complete esta porción si los padres biológicos están divorciados u otra persona o agencia ha sido designada por la corte con la custodia legal. Incluya el estado y la corte del condado, la fecha del acta y el número del caso.)*

   In the "Managing Conservator" information, please indicate whether this person is a "sole" conservator, "joint" conservator, or "possessory" conservator. All information needs to be completed for each conservator of the child. (*En la información del Tutor Legal Asignado por la Corte, por favor, indique si esta persona tiene la Custodia "Total" Asignada, Custodia "Compartida" Asignada o Custodia de "Posesión" Asignada. Se necesita completar toda la información para cada Tutor Legal Asignado del niño.)*

8. To help in the coordination of appointments and treatment plans, please print the full name and date of birth of any other children in your family who are now or have ever been patients at Texas Scottish Rite Hospital for Children. If you know their TSRHC medical record patient numbers (MR#), this information will also be helpful. (*Para ayudarnos con la coordinación de las citas médicas y la planificación de tratamiento, por favor, escriba en letra de molde el nombre completo y la fecha de nacimiento de cualquier otro niño en su familia que es o ha sido paciente del Hospital para Niños "Texas Scottish Rite". Si usted sabe su número de identificación ("MR#") como paciente del Hospital, esta información también será de mucha ayuda.)*

9. This agreement and acknowledgment gives the hospital staff permission to evaluate your child and explains certain provisions of state law. (*Este reconocimiento y acuerdo le otorga permiso al personal del hospital para evaluar a su niño y explicar ciertas leyes establecidas por el estado.)*

   Biological or adoptive parent(s) should sign the application. If a managing conservator has been appointed, that individual should complete section 7 and then sign the application. Other relatives, such as stepparents, grandparents, and foster parents may not sign in this space. (*Los padres biológicos o adoptivos deben firmar la solicitud. Si un Tutor Legal Asignado por la corte ha sido designado, esa persona deberá completar la sección 7 y luego firmar la solicitud. Otros parientes, tales como, padrastro/madrastra, abuelos y padres de crianza no pueden firmar en este espacio.)*

   If an individual other than a parent has been appointed as the child's managing conservator, that individual should sign here and assure that Section 7, specifying the court ruling, is completed. *Si una persona que no sea el padre/madre ha sido asignada para ser el Tutor Legal Asignado por la corte del niño, esa persona deberá de firmar aquí y asegurarse de que la sección 7, especificando la decisión de la corte, haya sido completada.*

10. Because the Hospital was founded by Texas Scottish Rite Masons, many Masons actively support the Hospital's purpose by recommending children for treatment here. This space was provided for the signature of a Mason who recommended the child for treatment, if there was one involved. If there was no Mason involved in your referral, Hospital staff will complete this section as necessary. *(Debido a que el Hospital fue fundado por los Masones "Scottish Rite" de Texas, muchos Masones apoyan activamente el objetivo del Hospital recomendando niños para tratamiento aquí. Este espacio fue provisto para la firma del Masón que recomendó al niño para tratamiento, si hubo uno involucrado. Si el referido no fue hecho por un Masón, el personal del Hospital completará esta sección como sea necesario.)*

INSTRUCTIONS FOR THE REFERRING PHYSICIAN:
INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO QUE ESTÁ HACIENDO EL REFERIDO:

For Orthopedic/Musculoskeletal Evaluation: If a definitive or provisional diagnosis has been made, please fill in this information. If condition is the result of illness or injury, please include date of onset. A pertinent summary of the child's problems and your reason for referring the patient to us is essential. Any information you can provide on the patient will assist in our evaluation and treatment. (*Para una Evaluación Ortopédica/Músculo-Esquelética: Si se ha hecho un diagnostico definido o provisional, por favor, complete esta información. Si la condición es el resultado de una enfermedad o de una lesión, por favor, incluya la fecha en que ocurrió. Es esencial que se haga un resumen apropiado sobre los problemas del niño y su razón para referirnos al paciente. Cualquier información que nos pueda proporcionar acerca del paciente nos ayudará en nuestra evaluación y tratamiento.)*

NOTICE CONCERNING COMPLAINTS:
NOTIFICACION RELACIONADAS A QUEJAS:

(Texas State Law requires us to include the following statement in its entirety)
(La ley del estado de Texas requiere que incluyamos la siguiente declaración completamente)

Complaints about physicians, as well as other licensees and registrants of the Texas State Board of Medical Examiners, including physician assistants and acupuncturists, may be reported for investigation at the following address:. (*Quejas acerca de los médicos, así como de cualquier otro individuo con licencia o registrado con la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas, incluyendo asistentes médicos y acupunturistas, pueden ser reportados para investigación a la siguiente dirección*Texas State Board of Medical Examiners.)

Attention: Investigations
333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610
P. O. Box 2018, MC-263
Austin, Texas 78768-2018
1-800-201-9353

GENERAL INFORMATION
HOSPITAL DE NIÑOS TEXAS SCOTTISH RITE
INFORMACION EN GENERAL

HISTORY

In 1921, there was an urgent need in Texas to help the victims of polio, then the leading cause of disability among children. This need was recognized and met by a group of dedicated Texas Scottish Rite Masons and W.B. Carrell, M.D., the first orthopaedic surgeon in Dallas. Texas Scottish Rite Hospital for Children was founded to support the care and treatment of these children.

With the welcomed advent of the Salk and Sabin vaccines in the mid-1950s and the almost total disappearance of polio, the Hospital was able to redirect its efforts to the treatment of musculoskeletal deformities resulting from birth defects, accidents and diseases. More recently, the Hospital has expanded its services to include the diagnosis and treatment of certain related neurological disorders and learning disorders, such as dyslexia..

The Hospital, which is accredited by The Joint Commission, offers both inpatient and outpatient services to an active patient roster of more than 15,000 children.

(HISTORIA)

En 1921 en Texas surgió la necesidad de ayudar a las víctimas de polio que para aquel entonces era la causa primordial de impedimentos en niños. Esta necesidad fue reconocida y un grupo dedicado de Masones Scottish Rite y el doctor W. B. Carrell, un cirujano ortopédico en Dallas para ese entonces, decidieron hacer algo al respecto. Como resultado, se fundó el Hospital de Niños Texas Scottish Rite para proveer ayuda y tratamiento a estos niños.

Con la llegada de las vacunas de Salk y Sabin a mediados de 1950 y la incidencia del polio a su mínimo, el hospital tuvo la oportunidad de dirigir sus esfuerzos al tratamiento de deformidades musculoesqueléticos como resultado de defectos de nacimiento, accidentes o enfermedades. Recientemente, el hospital ha añadido servicios que incluyen el diagnóstico y tratamiento de varios impedimentos o problemas de aprendizaje.

El hospital el cual está acreditado por la Comisión Adjunta de Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud, ofrece servicios con tratamientos internos y externos a un listado de pacientes activos de más de 13,000 niños.

WHAT CONDITIONS DOES THE HOSPITAL TREAT?

The Hospital's primary objective is the treatment of children with orthopaedic conditions. These include conditions such as scoliosis, clubfoot, dislocated hips, Legg-Perthes, congenital and traumatic limb loss, arthritis, spina bifida, and the orthopedic after-effects of cerebral palsy, encephalitis, meningitis and accidental injury.

¿PARA QUÉ CONDICIONES PUEDE EL HOSPITAL OFRECER TRATAMIENTO?

El objetivo primordial del hospital es el proveer tratamiento a niños con problemas ortopédicos. Estos incluyen condiciones como escoliosis, pie torcido, caderas dislocadas, enfermedad de Perthes, la pérdida de una extremidad ya sea congénita o traumática, artritis, espina bífida, problemas ortopédicos causados después de una parálisis cerebral, encefalitis, meningitis y lesiones accidentales. El Centro de Desarrollo Luke Waites provee evaluaciones para niños entre las edades de 4 a 14 años donde se sospecha que puedan tener problemas de aprendizaje.

WHO PROVIDES THIS CARE?

The Hospital's clinical staff are recognized as some of the best in their fields. This includes physicians in the specialties of pediatric orthopaedics, neurology, developmental disabilities, anesthesiology, rheumatology, and radiology. Working with the medical and nursing staff to provide comprehensive patient care are orthotists, prosthetists, psychologists, social workers, child life specialists, and physical and occupational therapists.

¿QUIÉN PROVEE ESTE CUIDADO?

El personal clínico del hospital ha sido reconocido como uno de los mejores en el campo del cuidado de la salud. Este incluye médicos especializados en pediatría ortopédica, neurología, incapacidad del desarrollo, anestesiología, reumatología y radiología.
Además, del personal médico y de enfermería que ayudan a proveer un cuidado comprensivo a cada paciente, también cuentan con un grupo de profesionales especializados en ortosis, prótesis, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en vida de niños y terapeutas físicos y ocupacionales.

WHAT ARE THE REQUIREMENTS FOR A CHILD TO BE TREATED AT THE HOSPITAL?

1. The child's condition should offer hope of improvement through the services provided by the Hospital.
2. The child can be up to 18 years of age, except for Luke Waites Center for Dyslexia applicants who must be between the ages of 5 and 14 years.
3. The child must be a Texas resident.
4. A physician's referral is required for each patient application.
5. Since many Masons recommend patients for treatment, the patient application form includes a space for a Mason's signature. However, if no Mason was involved in the referral, we will secure a signature as necessary

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA OFRECERLE TRATAMIENTO A UN NIÑO EN EL HOSPITAL?

1. *La condición del niño debe ofrecer esperanza en el mejoramiento de la misma a través de los servicios suministrados por el hospital.*
2. *El niño debe ser menor de 18 años de edad, con la excepción de los que solicitan evaluación del Centro de Desarrollo Luke Waites, que deben estar entre las edades de 5 a 14 años de edad.*
3. *El niño debe ser residente del estado de Texas.*
4. *Se requiere un referido médico para cada aplicación que someta el paciente.*
5. *Como muchos Masones recomiendan pacientes para tratamiento, la aplicación para tratamiento para el paciente incluye un espacio para la firma del Masón. Sin embargo, de no tener un referido de un Masón, nosotros obtendremos la firma necesaria.*

WHAT TYPES OF CASES ARE NOT ELIGIBLE?

To assure appropriate use of Hospital resources, applications will not be approved for children who:

* need only prolonged nursing care, respite care and/or residential care;
* cannot benefit from the specialized treatment offered at the Hospital;
* have conditions for which the Hospital is not able to provide treatment ; or
* need emergency services due to accidental injury or acute illness

The Hospital is open to children of all races, colors and creeds. The decision to accept a patient for treatment is based solely on the above criteria, with no consideration of the financial resources of the family. If the hospital cannot provide treatment, our staff will attempt to assist the family to find appropriate care for their child.

¿QUÉ TIPO DE CASOS NO SON ELEGIBLES O ACEPTABLES?

Para asegurar el uso apropiado de los recursos del hospital, solicitudes no serán aprobadas para niños que:

- *sólo necesitan cuidado prolongado de enfermeras, cuidado de descanso y/o cuidado en el hogar*
- *no puedan beneficiarse del tratamiento especializado ofrecido por el hospital*
- *tienen condiciones las cuales el hospital no puede proveer tratamiento*
- *necesitan servicios de emergencia debido a una lesión accidental o enfermedad severa*

Los servicios que ofrece el hospital están disponibles a todo niño(a) sin importar raza, color o credo. La decisión de aceptar a un paciente para tratamiento está sujeto solamente a los criterios establecidos con anterioridad, sin consideración alguna sobre los recursos financieros de la familia. Si el hospital no puede proveer tratamiento, nuestro personal tratará de asistir a la familia a encontrar el cuidado apropiado para su niño(a).

HOW DOES A CHILD BECOME A PATIENT AT TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL FOR CHILDREN?

Physicians can refer a patient by calling the Patient Access number listed below or by completing and signing the medical information portion of the application. The remainder of the application should be completed and signed by the parents or legally responsible person(s), thus giving their approval for an evaluation by the hospital's medical staff.

All referrals and applications are reviewed by Hospital staff when received. If the child is eligible for treatment an appointment will be given, and a written notice will be sent to the parents/legally responsible persons as well as to the referring physician.

MAIL COMPLETED APPLICATION AND PHYSICIAN REFERRAL TO:

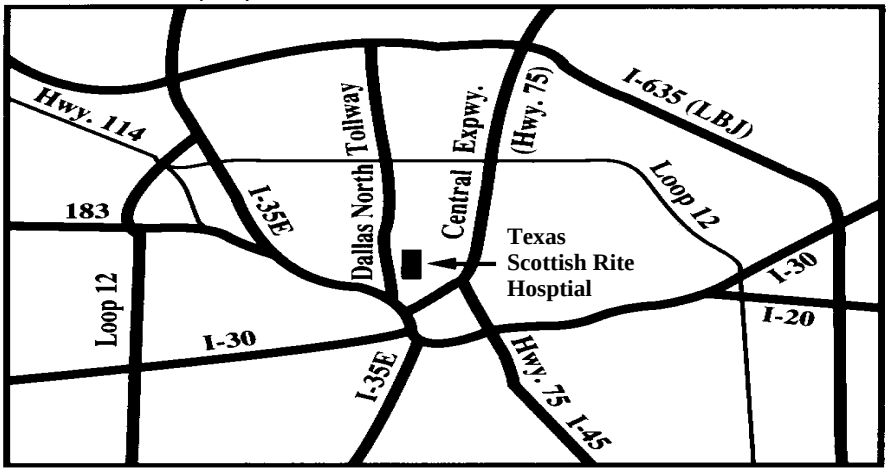
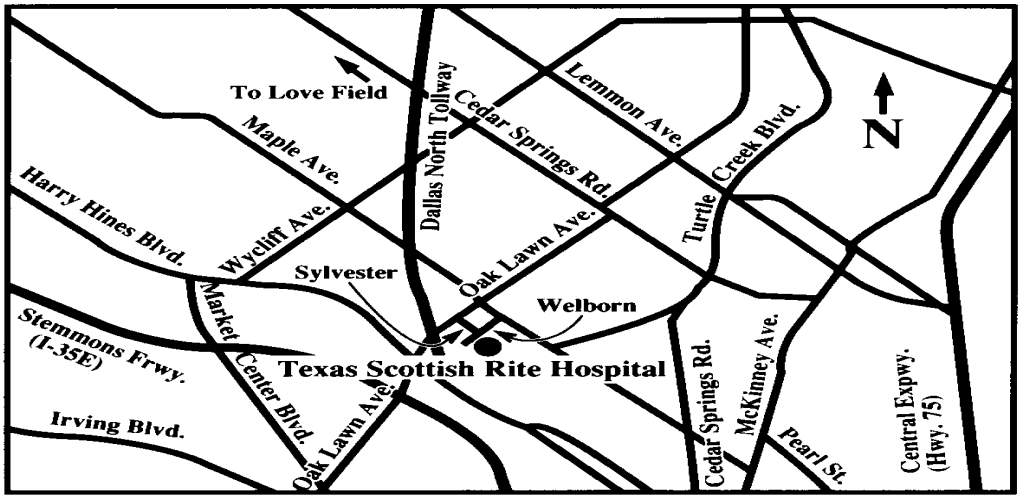
Patient Access Department
Texas Scottish Rite Hospital for Children
2222 Welborn Street
Dallas, Texas 75219-9982

FOR MORE INFORMATION, PLEASE CALL:
Daytime Business Hours: (214) 559-7477
After Hours: (214) 559-5000

¿CÓMO PUEDE UN NIÑO CONVERTIRSE EN UN PACIENTE DEL HOSPITAL DE NIÑOS TEXAS SCOTTISH RITE?

Los médicos pueden referir a un paciente llamando al número listado en esta página como APatient Access@ (Acceso al Paciente) o completando la información médica de la solicitud y firmando la misma. La información restante en la solicitud debe ser completada por los padres o guardián legal del niño(a) dando así su aprobación para que el personal médico del hospital pueda proceder con una evaluación médica.

Todos los referidos y solicitudes son evaluadas por personal del hospital una vez son recibidos. De ser elegible para tratamiento se le dará una cita y una notificación por escrito que será enviada a los padres o al guardián legal y al médico que ha hecho el referido.

Para más Información Comuníquese con:
Patient Access,
Texas Scottish Rite Hospital for Children
2222 Welborn Street
Dallas, Texas 75219-9982

Horas de operación durante el día: (214) 559-7477
Después de horas de trabajo: (214) 559-5000
Número del fax: (214) 559-7447