

Bienvenido al programa Healthy Active Living (Vida activa y saludable)

Este es el comienzo de su proceso hacia un estilo de vida activo y saludable.

¡Felicitaciones por tomar la decisión de dar el primer paso hacia una forma de vida más feliz, saludable y activa! Nos complace ayudarlo a hacer **cambios saludables en su estilo de vida** y a encontrar el **equilibrio energético** que necesita para ser una persona más saludable.

El cambio no es fácil. Necesita compromiso, mucho trabajo, aguante y apoyo. ¡Y quién mejor para apoyarnos que nuestros seres queridos! Es por eso que **animamos encarecidamente a hacer estos cambios de estilo de vida en familia** para tener más posibilidades de éxito.

Habrán altibajos a medida que avanza en el proceso. Independientemente de lo que pase, usted y su familia deben **continuar comprometidos con sus objetivos** para mantener los cambios de estilo de vida saludables. La **participación constante** en el programa es **clave** para mantener los cambios de estilo de vida y alcanzar sus objetivos.

Su familia tendrá seis visitas en total, que incluirán una consulta en persona y seguimientos virtuales/por teléfono, cada 4-6 semanas durante su estancia en el programa. Su equipo incluirá **un médico, un terapeuta conductual y un dietista**, que trabajarán juntos y lo apoyarán durante todo este proceso.

Después de cada cita, tendrá objetivos en los que trabajar antes de su próxima visita. **La clave del éxito es la promesa que se hace usted mismo de trabajar en cada uno de los objetivos todos los días.**

Este programa se trata de aprender un estilo de vida saludable y no se considera una "dieta" ni un programa de pérdida de peso. Cada familia recibirá una visita de seguimiento de 3 meses y otra de 6 meses para asegurarse de que continúan con los hábitos saludables. También habrá oportunidades de clases de cocina y actividad física para su familia.

Su recorrido comienza ahora... ¡y sabemos que tendrá éxito!

El equipo de Healthy Active Living

Centros e información de contacto

Advocate Children's Hospital – Oak Lawn
4440 W. 95 th Street, Suite 1200H, Oak Lawn, IL 60453
Proveedor: Dr. Jeremy Daigle
Horario de atención: miércoles por la tarde y último miércoles del mes, todo el día.
Llame al (708) 684-KIDS y presione OPCIÓN 1 para programar una cita

Chicagoland Children's Health Alliance Pediatric Outpatient Center
3232 Lake Avenue #330, Wilmette, IL 60091
Proveedor: Dr. Lori Walsh
Horario de atención: jueves
Llame al (847) 318-9330 para programar una cita

Qué esperar

- o Consultas personalizadas con un médico, un dietista y un consejero conductual para recibir orientación sobre nutrición, actividad física y modificación del comportamiento.
- o Consultas de 45 a 90 minutos, según la cantidad de proveedores que vea ese día. Planifique en consecuencia.
- o Consultas en persona y virtuales cada 4-6 semanas durante 6 visitas. La frecuencia y duración de las consultas se basan en las necesidades de su familia.
- o Una evaluación del riesgo de su hijo de tener condiciones médicas relacionadas con el exceso de peso.
- o Oportunidades de clases de cocina y actividad física.

Política de retraso del paciente

Nuestro objetivo principal es prestar un servicio excepcional a nuestros pacientes. Para poder hacerlo, le pedimos que llegue a tiempo a su cita. El equipo de atención de Healthy Active Living dedica tiempo a cada familia. Por ese motivo, le pedimos que se familiarice con nuestra política de faltas y cancelación que aparece abajo:

Política de faltas y cancelación del paciente

Para que podamos atenderlo mejor, avise al centro de Healthy Active Living con **24 horas** de antelación para cancelar o cambiar su cita. Llame al consultorio para cancelar o cambiar su cita. Es posible que se dé de baja del programa al paciente o que tenga que ir al final de la lista de espera para una nueva cita si:

- o No se presentó dos veces consecutivas a la cita
- o Canceló dos veces consecutivas a menos de 24 horas de su cita
- o No se presentó o canceló tres veces consecutivas a menos de 24 horas de su cita.

Es importante que vaya a las citas según lo programado para recibir todos los beneficios de este programa.

Esperamos formar un gran equipo con usted y su familia en este proceso hacia una mejor salud y bienestar.

Paciente

Nombre legal del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)			Fecha de nacimiento
Edad	Sexo	Raza	Origen étnico
Dirección			
Ciudad	Estado		Código postal
Nombre y número de teléfono preferido del padre/madre (indique si es de la casa/celular/del trabajo)			

Antecedentes e información médica

1. Antecedentes	
Médico principal de su hijo:	Teléfono del médico:
¿Cómo se enteró del programa vida activa y saludable (Healthy Active Living)?	¿Quién lo remitió al programa Healthy Active Living?
2. Historia del problema actual	
¿Cuál es su principal preocupación sobre la salud de su hijo?	¿A qué edad comenzó el peso a ser una preocupación?
¿Qué espera aprender de su primera visita con nosotros?	
¿Le interesa obtener más información sobre la cirugía de pérdida de peso? ☐ Sí ☐ No	
3. Historia de nacimiento	
Complicaciones en el embarazo: ☐ Sí ☐ No	Azúcar en sangre/problemas/diabetes gestacional: ☐ Sí ☐ No
Peso al nacer:	Parto prematuro: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿a cuánto tiempo nació?
¿Amamantó? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es Sí, ¿por cuánto tiempo?:



4. Historia médica anterior

Vacunas al día: ☐ Sí ☐ No	Alergias a alimentos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, diga cuáles:
Alergias a medicamentos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, diga cuáles:	
Hospitalizaciones: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, diga cuáles:	
Hospitalizaciones de salud mental: ☐ Sí ☐ No	
¿Alguna vez se le hizo a su hijo una prueba de discapacidad en el aprendizaje o retraso en el desarrollo? ☐ Sí ☐ No	
¿Alguna vez se remitió a su hijo para que recibiera orientación en salud mental? ☐ Sí ☐ No	
En este momento, ¿está su hijo viendo a un psicólogo, consejero, psiquiatra o terapeuta? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, diga el nombre de los proveedores:	

¿Tiene su hijo algunas de estas condiciones?:

TDAH (ADHD en inglés) ☐ Sí ☐ No	Reflujo gastrointestinal ☐ Sí ☐ No	Problemas del hígado ☐ Sí ☐ No
Trastorno de ansiedad ☐ Sí ☐ No	Enfermedad del corazón ☐ Sí ☐ No	Migrañas ☐ Sí ☐ No
Asma ☐ Sí ☐ No	Presión ☐ Sí ☐ No	Síndrome de ovario poliquístico (PCOS) ☐ Sí ☐ No
Enfermedad celíaca ☐ Sí ☐ No	Enfermedad inmunológica ☐ Sí ☐ No	
Depresión ☐ Sí ☐ No	Enfermedad intestinal inflamatoria ☐ Sí ☐ No	Alergias estacionales ☐ Sí ☐ No
Retraso en el desarrollo ☐ Sí ☐ No	Enfermedad de los riñones ☐ Sí ☐ No	Trastorno convulsivo ☐ Sí ☐ No
Diabetes ☐ Sí ☐ No	Dificultades con el aprendizaje ☐ Sí ☐ No	Apnea del sueño ☐ Sí ☐ No
Niveles altos de azúcar en sangre (prediabetes) ☐ Sí ☐ No	Plan de educación individualizado/plan 504 ☐ Sí ☐ No	Enfermedad de la tiroides ☐ Sí ☐ No

Otro:

Liste cualquier otro médico que su hijo visite:

Liste los medicamentos, las vitaminas y los suplementos que toma su hijo, y las dosis:

5. Revisión médica actual *(marque todo lo que corresponda)*

¿Sed excesiva? ☐ Sí ☐ No	¿Poca energía durante el día? ☐ Sí ☐ No	¿Orina con frecuencia? ☐ Sí ☐ No
¿Moja la cama? ☐ Sí ☐ No	Hombres: ¿Desarrollo de mamas? ☐ Sí ☐ No	



5. Revisión médica actual (marque todo lo que corresponda) Continúa

Mujeres: ¿Edad de la primera menstruación? _____ ¿Fecha de la última menstruación? ____/____/____		
¿Cuántos días dura la menstruación? _____ ¿Es abundante, larga o irregular? ☐ Sí ☐ No		
¿Vello excesivo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?		
Dolor en las rodillas: ☐ Sí ☐ No	Dolor en la cadera: ☐ Sí ☐ No	Dolor de pie: ☐ Sí ☐ No
Sueño		
Hora a que se acuesta: (día de semana) _____ (fin de semana) _____ Hora a que se despierta: (día de semana) _____ (fin de semana) _____ Horas de sueño: (día de semana) _____ (fin de semana) _____	Duerme siestas: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿cuántos días por semana? _____ ¿Cuánto tiempo? _____	
¿Ronca? ☐ Sí ☐ No	¿Bocanadas/pausas/asfixias mientras duerme? ☐ Sí ☐ No	
¿Tiene problemas para mantenerse despierto durante el día? ☐ Sí ☐ No		
6. Historia social		
Algunas veces nos resulta útil saber quiénes viven en la casa del niño. <i>Liste a todos los miembros del grupo familiar.</i>		

Nombre	Relación con el niño	Edad	Nombre	Relación con el niño	Edad

¿Su hijo reparte tiempo entre dos o más grupos familiares? ☐ Sí ☐ No		¿Alguien fuma en casa? ☐ Sí ☐ No	
Mayor nivel de educación que alcanzó la madre: ☐ Menos que escuela secundaria ☐ Escuela secundaria completa/GED ☐ Título universitario o relacionado incompleto ☐ Título universitario ☐ o posgrado		Mayor nivel de educación que alcanzó el padre: ☐ Menos que escuela secundaria ☐ Escuela secundaria completa/GED ☐ Título universitario o relacionado incompleto ☐ Título universitario ☐ o posgrado	
¿Quién es responsable de las compras?		Mascotas en la casa: ☐ Sí ☐ No	
¿Quién es responsable de la cocina?		Nivel de educación de su hijo:	
¿Su hijo recibe snacks, comida o bebidas de otros cuidadores o del programa After Care? ☐ Sí ☐ No			
Si la respuesta es Sí, ¿de quién? _____ ¿Cuándo? _____			
En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no duró y no teníamos dinero para comprar más. ☐ A veces verdadero ☐ Nunca verdadero ☐ A menudo verdadero			
En los últimos 12 meses, nos preocupó que se nos terminara la comida antes de que tuviéramos dinero para comprar más. ☐ A veces verdadero ☐ Nunca verdadero ☐ A menudo verdadero			



7. Historia médica familiar (marque todo lo que corresponda)

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (relación con el niño)	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hermana de la madre	Hermano de la madre	Hermana del padre	Hermano de la madre	Abuela Madre de la mamá	Abuelo Padre de la mamá	Abuela Madre del padre	Abuelo Padre del padre
Trastorno de ansiedad												
TDAH (ADHD en inglés)												
Asma												
Cáncer/leucemia												
Enfermedad celíaca												
Depresión												
Diabetes												
Alergias ambientales												
Enfermedades del corazón												
Presión												
Colesterol alto												
Enfermedades inmunológicas												
Enfermedad intestinal inflamatoria												
Enfermedades de las articulaciones												
Enfermedades de los riñones												
Dificultades de aprendizaje												
Problemas del hígado												
Migrañas												
Infarto de miocardio/ataque al corazón												
Dificultades con la lectura/escritura												
Trastorno convulsivo												
Apnea del sueño												
Derrame cerebral												
Muerte súbita (corazón)												
Enfermedad de la tiroides												
Obesidad												

Mi firma abajo confirma que he completado este formulario y que he leído y entendido completamente las Políticas de retraso y de inasistencia/cancelación del paciente.

Fecha
Hora
Firma del padre/madre o tutor legal


* S 3 0 0 0 1 1 *