

**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? (¿Principalmente, con quien vive este niño?)
 Father Mother Managing Conservator #1 Managing Conservator #2 Other
 Padre Madre Tutor Legal Asignado por la Corte #1 Tutor Legal Asignado por la Corte #2 Otro

Father (Padre):

 Name (Nombre)

 Address (Dirección)

 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 (Dirección)

 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



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 participación en 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 transmitir 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)
O Firma del Tutor Legal Asignado por la Corte (si es apropiado)

DATE (FECHA)

- 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)



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

Section A –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 _____

