

5005 Newport Drive, Suite 502,  
Rolling Meadows, IL 60008  
Phone: 847-705-SIBS(7427)  
Toll Free: 866-444-SIBS(7427)  
Fax: 847-776-7084  
www.supersibs.org



### Información de propuesta:

Propuesto(a) por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital/Organización: \_\_\_\_\_

### Información familiar:

Nombre de uno de los padres o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico de uno de los padres: \_\_\_\_\_

Grupo étnico:   Caucásico    Afroamericano    Latino    Asiático/Islas del Pacífico    Otro

### Información del paciente:

Nombre: ( M F ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

### Información de hermanos y hermanas:

Nombre: ( M F ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: ( M F ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: ( M F ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: ( M F ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: ( M F ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### Para uso interno:

Fecha de la propuesta: \_\_\_\_\_

¿La familia está informada sobre la propuesta?    S    N    Fecha de contacto: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del paciente confirmado:    S    N    ¿Quién lo confirmó? \_\_\_\_\_