



# INTERNATIONAL PATIENT REQUEST FOR TREATMENT/ PACIENTE INTERNACIONAL PEDIDO DE TRATAMENTO

*To be completed by parent or guardian (please print)/  
A ser preenchido pelos pais ou responsáveis (imprimir)*

*Date/Data:* \_\_\_\_\_

1. Demographics (Required)/Dados demográficos (obrigatório) <span style="float: right;">* required fields/* campos obrigatórios</span>					
Child's Last Name*/Sobrenome da criança*		Child's First Name*/Nome da criança*		Child's Middle Name*/Segundo nome da criança	
Child's Date of Birth* (mm/dd/yyyy)/ Data de nascimento da criança* (mm/dd/aaaa)		Gender*/Sexo* <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Feminino <input type="checkbox"/> Unknown/Desconhecido		Preferred Language/Idioma preferencial	
Parent's Martial Status/ Estado civil dos pais <input type="checkbox"/> married/casados <input type="checkbox"/> single/solteiros <input type="checkbox"/> separated/separados		Custody/Custódia <input type="checkbox"/> Parents/Pais <input type="checkbox"/> Mother/Mãe <input type="checkbox"/> Father/Pai		Case Manager/Assistente social Grandparents/Avós <input type="checkbox"/> Other/Outro	
Living with? /Reside com <input type="checkbox"/> Parents/Pais <input type="checkbox"/> Mother/Mãe <input type="checkbox"/> Father/Pai		Case Manager/Assistente social Grandparents/Avós <input type="checkbox"/> Other/Outro		Interpreter Required/ Intérprete necessário <input type="checkbox"/> No/Não <input type="checkbox"/> Yes/Sim	
Child's Home Address*/Endereço residencial da criança*			City*/Cidade*		State/Province*/Estado/província*
Zip/Postal Code*/Código postal*		Country/Municipality/País/município		County/Distrito	
Child's Permanent Mailing Address (if different than home address)*/Endereço postal permanente da criança (caso seja diferente do endereço residencial)*			City*/Cidade*		State/Province*/Estado/província*
Zip/Postal Code*/Código postal*		Country/Municipality/País/município			
Primary/Home Number*/ Número principal/residência*		Alternate Phone Number (1)/ Número de telefone alternativo (1) <input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outro:		Alternate Phone Number (2)/ Número de telefone alternativo (2) <input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outro:	
2. Medical Information (Required)/Informações médicas (obrigatório) <span style="float: right;">* required fields/* campos obrigatórios</span>					
What is your child's medical problem or diagnosis:/Problema de saúde ou diagnóstico da criança:					
Onset of problem*/ Início do problema*	<input type="checkbox"/> Before Birth/Antes do nascimento <input type="checkbox"/> Onset of walking/Quando começou a andar	<input type="checkbox"/> Congenital/Congênito <input type="checkbox"/> Since Birth/Desde o nascimento	<input type="checkbox"/> Developed recently/Desenvolvido recentemente <input type="checkbox"/> Other/Outro	<input type="checkbox"/> Injury, date known/Ferimento, data conhecida Date/ Data:	<input type="checkbox"/> Injury, date unknown/Ferimento, data desconhecida
What medical care or services are you looking for from the Shriners Hospitals for Children?*/Que cuidados ou serviços médicos você está procurando no Shriners Hospitals for Children?*					
What previous treatments have been provided?*/(Treatments and surgeries, dates etc. )/Que tratamentos foram realizados anteriormente?*/ (Tratamentos e cirurgias, datas, etc.)					
Child's ambulation status*/Estado de deambulação da criança:	<input type="checkbox"/> Walk unassisted/Caminha sem ajuda	<input type="checkbox"/> Walker/Andador	<input type="checkbox"/> Wheelchair/Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Crutches/Muletas	<input type="checkbox"/> Cane/Bengala
	<input type="checkbox"/> Other, specify/Outro, especificar				
X-Rays available?/ Radiografias disponíveis	<input type="checkbox"/> No/Não <input type="checkbox"/> Yes/Sim	Date of most recent X-ray/ Data da radiografia mais recente	Date last seen by physician?/ Data da última consulta no médico	Please attach any other medical information you have regarding this problem such as a physician referral letter, or past medical records/Anexe quaisquer outras informações médicas que você possui relacionadas com este problema, como uma carta de encaminhamento do médico ou registros médicos anteriores	

At least one of sections 6, 7 or 8 must be completed./ Pelo menos uma das seções 6, 7 ou 8 deve ser preenchida.

Child's Name: \_\_\_\_\_  
Nome da criança: \_\_\_\_\_

3. How did you hear about Shriners Hospitals for Children?/Como ouviu falar do Shriners Hospitals for Children?			
<input type="checkbox"/> Family Member/Membro da família	<input type="checkbox"/> Other Health Care Professional/Outros profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> School/Escola	<input type="checkbox"/> Television/Televisão
<input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Other Media/Outros meios	<input type="checkbox"/> Shriner/Shriner	<input type="checkbox"/> Temple Screening Clinic/Temple Screening Clinic
<input type="checkbox"/> Other/Outro	<input type="checkbox"/> Physician/Médico		<input type="checkbox"/> Website/Website

4. Referral Information/Informações de encaminhamento			<input type="checkbox"/> No referring physician/Nenhum encaminhamento	* required fields/* campos obrigatórios
Referring Physician (Last Name)/Médico que realizou o encaminhamento (sobrenome)	Referring Physician (First Name)/Médico que realizou o encaminhamento (nome)	Phone Number with Area Code*/Número de telefone com código de área*		
Referring Physician's Office Address/Endereço do consultório do médico que realizou o encaminhamento	City/Cidade	State/Province/Estado/província		
Zip/Postal Code/Código postal	Country/País	Phone number with Area/International Code:/Número de telefone com código de área/internacional:		

5. Referring Temple and Shriner/Encaminhamento de Temple e Shriner		
Referring Temple/Encaminhamento de Temple	Referring Shriner/Encaminhamento de Shriner	Phone Number with Area Code*/Número de telefone com código de área*

6. Mother's Information/Informações relativas à mãe				<input type="checkbox"/> Not applicable/Não aplicável	* required fields/* campos obrigatórios
Legal Guardian's Last Name*/Sobrenome do responsável legal*	Legal Guardian's First Name*/Nome do responsável legal*	Legal Guardian's Middle Name/Segundo nome do responsável legal	Suffix / Maiden Name/Nome de solteiro(a)		
Legal Guardian's Home Address*/Endereço residencial do responsável legal* Same as child's/O mesmo que o da criança	<input type="checkbox"/>	City*/Cidade*	State/Province*/Estado/província*		
Zip / Postal Code*/Código postal*	Country/País	County/Distrito	Date of Birth * (mm/dd/yyyy)/Data de nascimento* (mm/dd/aaaa)		
Primary Phone Number*/Número de telefone principal*	<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outra:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/sem telefone	Alternate Phone Number/Número de telefone alternativo	<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outra:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/pager

7. Father's Information/Informações relativas ao pai				<input type="checkbox"/> Not applicable/Não aplicável	* required fields * campos obrigatórios
Legal Guardian's Last Name*/Sobrenome do responsável legal*	Legal Guardian's First Name*/Nome do responsável legal*	Legal Guardian's Middle Name/Segundo nome do responsável legal	Suffix/Maiden Name/Nome de solteiro(a)		
Legal Guardian's Home Address*/Endereço residencial do responsável legal* Same as child's/O mesmo que o da criança	<input type="checkbox"/>	City*/Cidade*	State/Province*/Estado/província*		
Zip/Postal Code*/Código postal*	Country/País	County/Distrito	Date of Birth * (mm/dd/yyyy)/Data de nascimento* (mm/dd/aaaa)		
Primary Phone Number*/Número de telefone principal*	<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outra:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/sem telefone	Alternate Phone Number/Número de telefone alternativo	<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outra:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/pager

8. Legal Guardian's Information (if different from parent)/Informações relativas ao responsável legal (caso sejam diferentes das dos pais)				<input type="checkbox"/> Not applicable/Não aplicável	* required fields/* campos obrigatórios
Legal Guardian's Last Name*/Sobrenome do responsável legal*	Legal Guardian's First Name*/Nome do responsável legal*	Legal Guardian's Middle Name/Segundo nome do responsável legal	Suffix / Maiden Name/Nome de solteiro(a)		
Legal Guardian's Home Address*/Endereço residencial do responsável legal* Same as child's/O mesmo que o da criança	<input type="checkbox"/>	City*/Cidade*	State/Province*/Estado/província*		
Zip/Postal Code*/Código postal*	Country/País	County/Distrito	Date of Birth * (mm/dd/yyyy)/Data de nascimento* (mm/dd/aaaa)		
Primary Phone Number*/Número de telefone principal*	<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outra:	<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/sem telefone	Alternate Phone Number/Número de telefone alternativo	Primary Phone Number*/Número de telefone principal*	<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outra:

**Child's Name:**

**Nome da criança:** \_\_\_\_\_

9. Additional Relation(s)/Outro(s) parente(s)		<input type="checkbox"/> Not applicable/Não aplicável		* required fields/* campos obrigatórios			
<b>Last Name*/Sobrenome*</b>		<b>First Name*/Nome*</b>		<b>Middle Name/Segundo nome</b>		<b>Suffix/Maiden Name/Nome de solteiro(a)</b>	
<b>Add'l Relation (s) Home Address/Endereço residencial de outro(s) parente(s)</b> <input type="checkbox"/> <b>Same as child's/O mesmo que o da criança</b>				<b>City*/Cidade*</b>		<b>State/Province*/Estado/província*</b>	
<b>Zip/Postal Code*/Código postal*</b>		<b>Country/País</b>		<b>County/Distrito</b>		<b>Date of Birth * (mm/dd/yyyy)/Data de nascimento* (mm/dd/aaaa)</b>	
<b>Primary Phone Number*/</b> Número de telefone principal*		<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outro:		<b>Alternate Phone Number/Número de telefone alternativo</b>		<input type="checkbox"/> home/casa <input type="checkbox"/> work/trabalho <input type="checkbox"/> other/outro:	
		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> no phone/sem telefone		<input type="checkbox"/> cell/celular <input type="checkbox"/> pager/pager		<b>Relationship to Child*/Relação com a criança*</b>	