

# HOJA DE ALTA MÉDICA: TRANSICIÓN A SERVICIOS FUERA DE LA CLÍNICA DE ESPINA BÍFIDA

PACIENTE (Nombre)			Fecha de la última cita en la clínica	Fecha de la próxima cita
Institución de donde se transfiere			Institución a donde se transfiere	
Número de historia médica			Fecha de nacimiento	Tutor(a) (Guardian)
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Nivel motor:	Nivel sensorial:	Farmacia:	¿Registro Nacional de Pacientes con Espina Bífida?  Califica / Rehusó / No califica / No se le preguntó  Fecha de inscripción:
Tipo de EB:	Dcha. - - - Izq.	Dcha. - - - Izq.	Seguro médico:	
Código ICD 10:			Estatura	Peso
<b>SIGNOS VITALES</b> Presión arterial Pulso Frec. respiratoria			Distancia extremo a extremo con brazos extendidos	
<b>ALERGIAS</b>			<b>DIETA</b>	

## NEUROCIRUGÍA

¿Tiene derivación? Sí / No Marca: \_\_\_\_\_

¿Programable? Sí / No Configuración: \_\_\_\_\_

Vperit VPlour VAtrial Otro(a): \_\_\_\_\_

¿Tercera ventriculostomía endoscópica? Sí / No

¿Derivación anterior O fechas? \_\_\_\_\_

Descompresión deiringomielia/derivación: \_\_\_\_\_

Descompresión de Chiari: \_\_\_\_\_

Fusión de columna: \_\_\_\_\_

Anterior: \_\_\_\_\_ Posterior: \_\_\_\_\_

Liberación(es) de médula espinal anclada: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE LA PIEL**

Detalles de la lesión: \_\_\_\_\_

Instrucciones sobre el cuidado de la lesión: \_\_\_\_\_

## UROLOGÍA

Aumento: \_\_\_\_\_

Cirugía del cuello vesical \_\_\_\_\_

Estoma cateterizable \_\_\_\_\_

Derivación incontinente (urostomía/vesicostomía) \_\_\_\_\_

Reimplantación ureteral \_\_\_\_\_

Deflux \_\_\_\_\_

Orquidopexia: \_\_\_\_\_

Catéter intermitente: Sí / No Tamaño: \_\_\_\_\_

. Frecuencia: cada \_\_\_ horas

. Catéter \_\_\_\_\_

. Recto / Coudé (de punta curva) / Femenino

Irrigación vesical: Sí / No

. Solución \_\_\_\_\_

. Frecuencia: \_\_\_\_\_

Último estudio de urodinámica: \_\_\_\_\_

Vejiga hostil: Sí / No / No determinante

Reflujo vesicoureteral Dcha./Izq. Grado \_\_\_\_\_

## ORTOPEDIA

Escoliosis/Columna vertebral: \_\_\_\_\_

Operación de cadera: \_\_\_\_\_

Reparación de pie equino varo (zambo): \_\_\_\_\_

Otra extremidad inferior: \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

**PROGRAMA INTESTINAL**

Medicamentos por vía oral: \_\_\_\_\_

Manipulación/Desimpactación manual: \_\_\_\_\_

Enema rectal: Tipo \_\_\_\_\_

. Solución \_\_\_\_\_

. Frecuencia: \_\_\_\_\_

Enema colónico anterógrado/Enema colónico anterógrado (ECA/MACE): Tipo \_\_\_\_\_

. Solución \_\_\_\_\_

. Frecuencia: \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS/SUMINISTROS**

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Folato: \_\_\_\_\_

Tamaño de jeringa: \_\_\_\_\_

Suministros vejiga: \_\_\_\_\_

Suministros intestinales: \_\_\_\_\_

Bolsas de recolección: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Configuración de dispositivo

CPAP/BIPAP: \_\_\_\_\_

Dispositivo dental: \_\_\_\_\_

Tubo / Nebulizador: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS**

Dolor Sí / No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipertensión Sí / No

\_\_\_\_\_

Endocrino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obesidad Sí / No \_

\_\_\_\_\_

Pulmones/Apnea del sueño

\_\_\_\_\_

Linfedema Sí / No

. Lugar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sexual/Reproductivo

\_\_\_\_\_

Salud mental \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Musculoesquelético:

\_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EXÁMENES**

(Lugar y fecha más reciente)

Cistometrograma/Urodinámica

\_\_\_\_\_

Cistouretrograma de evacuación

\_\_\_\_\_

Sonograma renal

\_\_\_\_\_

Ácido dimercaptosuccínico

\_\_\_\_\_

Radiografía riñones, uretra, vejiga

\_\_\_\_\_

Tomografía abdomen

\_\_\_\_\_

Cistoscopia

\_\_\_\_\_

Tasa de filtración glomerular/Creatinina

\_\_\_\_\_

Nitrógeno ureico en sangre

\_\_\_\_\_

Tasa de filtración glomerular/Cistatina C

\_\_\_\_\_

Radiografía columna

\_\_\_\_\_

Radiografía pélvica

\_\_\_\_\_

Otra radiografía

\_\_\_\_\_

Tomografía cabeza

\_\_\_\_\_

Resonancia magnética cabeza

\_\_\_\_\_

Serie de radiografías derivación

\_\_\_\_\_

Resonancia magnética columna

\_\_\_\_\_

Estudio del sueño

\_\_\_\_\_

Estudio de la deglución

\_\_\_\_\_

Otro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Próximo examen y frecuencia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EQUIPO MÉDICO DURABLE**

*(Si lo sabe, incluya la fecha de la última receta para equipo médico)*

Proveedor: \_\_\_\_\_

Silla de ruedas: manual/eléctrica/asistida eléctrica \_\_\_\_\_

Cojín: \_\_\_\_\_

Bipedestador: \_\_\_\_\_

Andadera: \_\_\_\_\_

Muletas (estilo): \_\_\_\_\_

Banco para tina/Asiento para ducha: \_\_\_\_\_

Elevador: \_\_\_\_\_

Cama/Colchón con alivio de presión: \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ORTESIS /TERAPIAS**

*(Si lo sabe, incluya la fecha de la última receta para ortesis/terapia)*

Proveedor: \_\_\_\_\_

Tobillo-pie (AFO) \_\_\_\_\_

Rodilla-tobillo-pie (KAFO) \_\_\_\_\_

Cadera-rodilla-tobillo-pie (HKAFO) \_\_\_\_\_

Lumbar-torácica-sacra (TLSO) \_\_\_\_\_

Férulas para mano: \_\_\_\_\_

Férulas para usar mientras duerme: \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapias actuales: Terapia ocupacional / Terapia física / Terapia del lenguaje / Visión / Linfedema

Otro(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PSICOSOCIAL**

Rehabilitación vocacional \_\_\_\_\_

Clases para aprender a conducir: \_\_\_\_\_

Recursos económicos: \_\_\_\_\_

Sistema de apoyo: \_\_\_\_\_

Participación en actividades sociales: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_

Discapacidad del aprendizaje: \_\_\_\_\_

Vida independiente/Cuidados en casa: \_\_\_\_\_

Transportación: \_\_\_\_\_

Abuso de bebidas alcohólicas o drogas: \_\_\_\_\_

**NEUROPSICOLOGÍA**

Notas sobre evaluaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FECHAS Y FRECUENCIA DE CITAS DE CONTROL**

Neurocirugía: \_\_\_\_\_

Urología: \_\_\_\_\_

Ortopedia: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Medicina física y rehabilitación: \_\_\_\_\_

Obstetricia/Ginecología: \_\_\_\_\_

Oftalmología: \_\_\_\_\_

Dental: \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_

Otro(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### NOTAS ESPECIALES

- Si el paciente tiene una derivación programable, tal vez sea necesario reprogramar la derivación después de un examen de resonancia magnética. Indique si es necesario reprogramar la derivación después de una resonancia magnética (MRI): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Señales/Síntomas de fallas anteriores de funcionamiento de la derivación del paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Consideraciones para mantener la integridad de la piel de este paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vacunas recomendadas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Exámenes rutinarios de detección de enfermedades recomendados para el mantenimiento de la salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nombre del trabajador social/coordinador del caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si no hay especialistas para adultos, considere una consulta con un doctor en medicina física y rehabilitación (PM&R) con experiencia en el tratamiento médico de la médula espinal. Por favor, visite [www.AAPMR.org](http://www.AAPMR.org) para consultar el directorio.
- Deben enviarse copias de los estudios radiológicos y los resultados de dichos exámenes. Marque el cuadro correspondiente de los exámenes que se enviarán junto con esta hoja.



1600 Wilson Blvd STE 800  
Arlington, VA 22209

(800) 621-3141  
[www.spinabifidassociation.org](http://www.spinabifidassociation.org)