

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Gracias por su interés en el UT Mitochondrial Center of Excellence. Por favor complete la siguiente documentación. Una vez completada, puede enviarla por correo, fax o correo electrónico.

Dirección postal – Aquí no se realizan citas

The UT Mitochondrial Center of Excellence
6410 Fannin Street, Ste. 732
Houston, TX 77030

Fax – 713-500-0719

Correo electrónico – ut.mito@uth.tmc.edu

Una vez que complete y envíe los siguientes datos, podrá programar una cita:

- Formulario de información del paciente
- Formulario de la política de UT Mitochondrial Center of Excellence
- Consentimiento para fotografías/videos
- Consentimiento para correo electrónico
- Formulario de contacto del médico
- Lista completa de médicos
- Formulario de divulgación de expedientes médicos (uno por cada médico/hospital desde el nacimiento hasta la actualidad)
- Lista de medicamentos
- Información sobre la dieta
- Revisión de sistemas
- Historia del paciente (para obtener información, por favor consulte el formulario de la política de UT Mitochondrial Center of Excellence)

Las citas de los pacientes se realizan en:

UT Professional Building

6410 Fannin St. Suite 500 (Specialty Pediatrics)

Houston, Tx 77030

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
 Melissa Knight, Proyectos Especiales
 Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
 Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
 Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE. INDIQUE SU NOMBRE TAL COMO APARECE EN SU TARJETA DE SEGURO.				
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del hogar	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Origen étnico/raza	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Nombre de la madre biológica	Nombre del padre biológico	Teléfono		
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento			
¿QUIÉN LO ENVÍA A VERNOS?				
Por favor escriba en letra de molde. Complete la información según su mejor saber y entender.				
Nombre completo del médico que lo refirió	Especialidad			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del consultorio	Fax del consultorio			
INFORMACIÓN DE SEGURO				
Por favor escriba en letra de molde. Complete la información con la mayor precisión posible. La información se indica en el frente de su tarjeta.				
Seguro médico	No. de ID del seguro	No. de grupo de seguro		
Dirección de reclamaciones al seguro (indicada en el reverso de su tarjeta de seguro)				
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono del proveedor (suele estar en el reverso de su tarjeta)	
Suscriptor del seguro (si no es el paciente antes indicado)	Primer nombre	Segundo nombre		
Apellido				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	No. de Seguro Social	Relación con el paciente		

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Políticas de UT Mitochondrial Center of Excellence

Servicios:

La Dra. Mary Kay Koenig es una neuróloga pediátrica y de adultos especializada en enfermedades neurometabólicas y mitocondriales. No es una médica de cuidado primario ni se especializa en genética metabólica. La Dra. Koenig trabajará con su PCP para ayudarle a optimizar el cuidado de su salud. Sus notas clínicas serán enviadas a su PCP y/o al médico que lo refirió.

Antes de su primera cita:

La Dra. Koenig solicita a los padres que presenten un **resumen** de la vida del niño, desde el embarazo. Esto debe ser escrito en formato de historial de paciente por la persona que mejor lo conozca.

Todos los expedientes médicos deben recibirse al menos 2 semanas antes de su primera cita, para permitir su revisión. Es imperativo que todos los expedientes, desde el nacimiento hasta la actualidad, sean enviados para ayudar a la Dra. Koenig a hacer las recomendaciones más apropiadas para su hijo. Debido a limitaciones de tiempo, la Dra. Koenig no podrá revisar expedientes médicos llevados a la clínica en la primera visita.

Se le entregará un formulario de divulgación de expedientes médicos. Imprima tantas copias de ese formulario como sean necesarias. **Es su responsabilidad completarlo con la información de todos los proveedores médicos y hospitales que hayan sido parte de la atención de su hijo y enviarlo a cada proveedor. El departamento de expedientes médicos del proveedor debe enviar directamente los expedientes al consultorio de la Dra. Koenig. No aceptaremos expedientes médicos enviados por el paciente o su familia.** Los proveedores pueden enviar los expedientes por fax o correo, y no deben cobrarle por ese servicio. Esto puede ser una tarea difícil y estamos dispuestos a brindarle ayuda si la necesita.

Usted será responsable de enviar los formularios de consentimiento para correo electrónico y para fotografías, junto con la lista de medicamentos.

Una vez que hayamos recibido todos los expedientes médicos y la documentación necesaria, nos comunicaremos con usted para programar una cita.

Expectativas para la primera cita:

En su cita inicial, pasará aproximadamente 3 horas en la Mitochondrial Clinic. La Dra. Koenig puede solicitar análisis de sangre y/o de orina, que deberán realizarse el día de la cita. También puede indicar análisis adicionales que deberá realizar en Children's Memorial Hermann Hospital en una fecha posterior. Si es necesario, podemos coordinar con su PCP para realizar los análisis de sangre y exámenes de diagnóstico en un hospital cerca de su hogar. Durante la primera cita no se realizará ningún estudio, a excepción del análisis de sangre y/o de orina.

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Política de resultados de pruebas y análisis: Nuestro consultorio solamente revisará pruebas y análisis solicitados por la Dra. Mary Kay Koenig. Nos comunicaremos con usted en caso de tener resultados urgentes. Todos los otros resultados serán revisados personalmente en la próxima cita programada. Para obtener los resultados de pruebas y análisis solicitados por otros médicos, por favor comuníquese con el consultorio de ese médico.

Política de cancelaciones: UT Mitochondrial Center se adhiere a una estricta política de cancelaciones. Trabajamos para atender a cada nuevo paciente de forma oportuna; sin embargo, los pacientes a menudo deben esperar 6 meses o más para ser atendidos. Entendemos que esto es particularmente difícil para las familias y creemos que debemos aprovechar al máximo cada cita de un nuevo paciente. Si usted no puede asistir a su cita programada, es su responsabilidad notificar a la clínica con al menos 7 días de anticipación. Esto nos permitirá asignar la cita a otra persona en la lista de espera. Si usted cancela dentro de los 7 días de la cita o si no se presenta a la cita, no podremos reprogramar una cita para su hijo en esta clínica. Tendremos en cuenta las situaciones de emergencia que sean verificadas por su PCP.

Revisión de expedientes: Si usted no puede viajar a Texas o no está seguro de que el viaje pueda ser beneficioso, la Dra. Koenig puede revisar los expedientes médicos de su hijo y hacer comentarios sobre su diagnóstico y control. Debido a que esta revisión es lenta, se cobra una tarifa fija de \$500 para realizarla. Usted deberá enviar el pago junto con toda la documentación de la clínica y los expedientes médicos. Una vez recibida toda la documentación, la Dra. Koenig revisará sus expedientes. Después de la revisión, enviará un informe por escrito a usted y a su médico donde resumirá sus conclusiones y recomendaciones. Como esta revisión no implica una visita a la clínica, no crea una relación médico-paciente y la Dra. Koenig no podrá hablar con usted directamente sobre sus recomendaciones. Sin embargo, si usted lo solicita, estará disponible para hablar con su médico.

Esperamos trabajar con usted y su hijo para ayudar en su diagnóstico y cuidado. Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquese con nosotros.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del padre/madre:

Fecha

Firma

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS/VIDEOS

Como contraprestación de los propósitos, objetivos y el trabajo de la División de Neurología Infantil y Adolescente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston, yo (nosotros), quien suscribe, por la presente autorizo a la División de Neurología Infantil y Adolescente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston, a fotografiar y/o filmar en video a mí o a mi hijo.

Asimismo, autorizo a la División de Neurología Infantil y Adolescente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston, a tomar tales fotografías y/o grabar tales videos a los fines de decisiones clínicas, investigación o educación. Mi consentimiento y autorización permanecerán vigentes hasta tanto los revoque por escrito.

He leído la declaración anterior y presto mi consentimiento, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este permiso.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/padre o madre

Fecha

Testigo

Fecha

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE:

_____ (paciente).

Como contraprestación de los propósitos, objetivos y el trabajo de la División de Neurología Infantil y Adolescente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston, yo (nosotros), quien suscribe, por la presente autorizo a la División de Neurología Infantil y Adolescente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston y Adolescente, a comunicarse por correo electrónico con respecto a mí o a mi hijo. Todas las comunicaciones por correo electrónico deben dirigirse a

_____ (dirección de correo electrónico).

Por la presente autorizo a la División de Neurología Infantil y Adolescente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston, a usar este medio de comunicación y comprendo los riesgos inherentes asociados con su uso. Entiendo que el correo electrónico no es seguro y que otras personas pueden acceder a mi información médica o la de mi hijo. La Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston hará todo lo posible para evitar el acceso no autorizado a este material. Mi consentimiento y autorización permanecerán vigentes hasta tanto los revoque por escrito.

He leído la declaración anterior y presto mi consentimiento, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este permiso.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/padre o madre

Fecha

Testigo

Fecha

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Información de contacto del médico actual

Pediatra/médico de cuidado primario

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Gastroenterología (GI)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Inmunología

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Farmacia

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Oftalmología

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Sistema endócrino

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Nefrología

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Tel.: _____

Fax: _____

Información de la escuela

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Notas: _____

Cardiología

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Otro

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____

Fax: _____

Notas: _____

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Lista completa de médicos – Nombre del paciente _____

Por favor complete la información de todos los médicos actuales y anteriores que han contribuido a la atención médica de su hijo, desde el nacimiento hasta la actualidad. Incluya el nombre completo del médico y su información de contacto.

Médicos de cuidado primario	Endocrinología
Neurología	Otorrinolaringología
Genética	Inmunología
Gastroenterología	Nefrología
Sistema pulmonar	Hematología
Cardiología	Otros (indique especialidad)
Hospitales para pacientes internados	Hospitales para paciente ambulatorio

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Solicitud y autorización de expedientes médicos

El paciente indicado a continuación nos ha autorizado a divulgar una copia de sus **expedientes médicos completos** (del nacimiento a la actualidad). A continuación se incluye una autorización para la divulgación de información.

Su pronta respuesta para enviar estos expedientes a nuestro consultorio facilitará que proporcionemos al paciente cuidado continuo. Gracias por su ayuda en este asunto.

Por la presente solicito y autorizo a:

Nombre de la clínica, consultorio médico,
hospital _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono _____

Fax _____

a enviar a University of Texas Health Services (UTHS) toda la información médica sobre mi tratamiento en su centro, a menos que se indique otra cosa. Por la presente se los exime de las cuestiones de privacidad entre ustedes y su institución, mis médicos tratantes, UTHS y yo. Esta autorización se extiende a la entrega de copias de la totalidad o parte de tales expedientes médicos.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Dirección particular _____

No. de Seguro Social del paciente _____

Firma del paciente/tutor legal _____

Fecha _____

Por favor envíe mis expedientes a:

University Health Science Center

6410 Fannin Street Ste. 732

Houston, Texas 77030

Fax: 713-500-0719 * Si son menos de 50 páginas *

Teléfono: 713-500-7164

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

DIETA

- Dieta regular sin restricciones
- Dieta regular con restricciones:

Alimentación por sonda Fórmula: _____

- Sonda gástrica
- Sonda en J
- Bolo

_____ cc cada _____ horas

- Continua

_____ cc por hora durante _____ horas por día

Alergias a alimentos:

Alergias a medicamentos:

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Revisión de sistemas

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el paciente: _____

Enfermedad mitocondrial

¿El paciente ha sido diagnosticado con una enfermedad mitocondrial? Sí No

Si es así, indique el nombre del médico que hizo el diagnóstico: _____

Si es así, indique el tipo de enfermedad mitocondrial: _____

Indique si el paciente se ha hecho alguno de los siguientes procedimientos:

Biopsia muscular Fecha: _____ Hallazgos: _____

Biopsia de piel Fecha: _____ Hallazgos: _____

Resonancia cerebral Fecha: _____ Hallazgos: _____

Punción lumbar Fecha: _____ Hallazgos: _____

Electroencefalograma (EEG) Fecha: _____ Hallazgos: _____

Análisis metabólicos Fecha: _____ Hallazgos: _____

Constitución física

Altura _____ Peso _____

Aumento o pérdida anormal de peso

Fatiga

Dolores musculares

Ojos

Visión borrosa Destellos de luz Pérdida de la visión Párpados caídos

Visión doble Flotadores Fecha del último examen de visión _____

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Sistema neurológico

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para comprender | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Espasmos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la conciencia | <input type="checkbox"/> Mareos/vértigo |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento | <input type="checkbox"/> Problemas para caminar |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> Retardo de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Otros: |

Fecha del último examen neurológico: _____

Sistema cardiovascular

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor o malestar en el pecho | <input type="checkbox"/> Inflamación (edema) |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Disfunción autonómica | <input type="checkbox"/> Otros: |

Indique si el paciente alguna vez se hizo los siguientes procedimientos:

- | | | |
|--|--------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG) | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de mesa basculante | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |

Fecha de la última evaluación cardíaca: _____

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Oídos, nariz y garganta

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas | <input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Zumbido en el oído (tinnitus) |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído | <input type="checkbox"/> Tubos de timpanostomía |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Piernas inquietas |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Sueño excesivo |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Otros: |

Indique si el paciente se ha hecho alguno de los siguientes procedimientos:

- | | | |
|--|--------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Examen de la audición | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estudio del sueño | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | Fecha: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | Fecha: _____ | |

Sistema endócrino

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío o al calor | <input type="checkbox"/> Micción frecuente |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva | <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Otro: |

Sistema gastrointestinal

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito | <input type="checkbox"/> Vómitos cíclicos |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Seudoobstrucción |
| <input type="checkbox"/> Dismotilidad | <input type="checkbox"/> Gastroparesis |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la alimentación | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Nivel elevado de enzimas hepáticas | <input type="checkbox"/> Otros: |

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Indique si el paciente se ha hecho alguno de los siguientes procedimientos:

- | | | |
|---|--------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Endoscopia | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Análisis de vaciado gástrico | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Manometría | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado | Fecha: _____ | Hallazgos: _____ |

Sistema genitourinario

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria | <input type="checkbox"/> Incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Vejiga neurogénica | <input type="checkbox"/> Otros: |

Sistema hematológico

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tendencia a los hematomas | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Sangrado fácil | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

Sistema musculoesquelético:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular o articular | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Hipotonía | <input type="checkbox"/> Hipertonía |
| <input type="checkbox"/> Otros: | |

UT Mitochondrial Center of Excellence



Dra. Mary Kay Koenig, Directora
Melissa Knight, Proyectos Especiales
Grace O'Toole, Trabajadora Social Clínica de LMSW

LaKeesha Minor, RN, BSN, Coordinadora Clínica
Rahmat Adejumo, Coordinadora de Investigación
Alexis Loud, Asistente Administrativa

Tel.: 713-500-7164 | Fax: 713-500-0719 | Email: ut.mito@uth.tmc.edu | Sitio web: www.utmito.org

Sistema respiratorio

- Asma
- Infecciones respiratorias frecuentes
- Neumonía
- Requirió intubación
- Requiere oxígeno
- Requiere CPAP/BiPAP u otro dispositivo
- Traqueotomía
- Otros:

Hospitalizaciones

Indique todas las hospitalizaciones previas. Si necesita más espacio, favor utilice hojas adicionales.

Fecha	Lugar y motivo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cirugías

Indique todos los procedimientos quirúrgicos previos. Si necesita más espacio, utilice hojas adicionales.

Fecha	Lugar, procedimiento y motivo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____