\*Nombre y apellido **del** paciente: Fecha de hoy:

\*Fecha de nacimiento: Número de seguro social:

\*Género: Masculino Femenino

Identidad étnica: Religión: Lengua materna:

\*Dirección:

**\*Número de teléfono**: ­

\*Nombre de progenitor/a 1: Fecha de nacimiento:

Dirección de progenitor/a 1 (si es diferente a la del paciente):

Número de teléfono de progenitor/a 1: Otro número **de teléfono**

Empleador de progenitor/a 1: Ocupación:

 \*Nombre de progenitor/a 2: Fecha de nacimiento:

Dirección de progenitor/a 2 (si es diferente a la del paciente):

Número de teléfono de progenitor/a 2: Otro número de teléfono:

Empleador de progenitor/a 2: Ocupación:

Nombres y edades de los hermanos(as) de paciente:

**\*¿Quién llena este formulario?: \*Relación al paciente:**

\*Médico de cabecera (PCP): Número de teléfono:

\*Médico remitente: Número de teléfono:

Especialista: Número de teléfono:

¿Se esta trasladando de otra clínica/instalación? Sí / No De ser así, favor de nombrar la clínica:

\*Idioma preferido del paciente:

Lengua materna de progenitor/a 1: Idioma preferido:

Lengua materna de progenitor/a 2: Idioma preferido:

|  |
| --- |
| **Evaluaciones profesionales** |
| ¿Su hijo/a ha sido evaluado por uno de los siguientes profesionales? (Favor de anotar todos los que se aplican y provea copias de los informes.) |
|  | **Evaluación** | **Nombre del profesional** | **Fecha de evaluación** | **Diagnóstico** |
| **Pediatra de Desarrollo** | Sí | No |  |  |  |
| **Neurólogo** | Sí | No |  |  |  |
| **Medico Ortopédico** | Sí | No |  |  |  |
| **Terapeuta Físico** | Sí | No |  |  |  |
| **Terapeuta Ocupacional** | Sí | No |  |  |  |
| **Terapeuta del Habla** | Sí | No |  |  |  |
| **Terapia/Consejería** | Sí | No |  |  |  |
| **Otro:** | Sí | No |  |  |  |
| **Hospitalizaciones o cirugías** |
| **Fecha** | **Razón** | **Lugar** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **La rutina semanal del niño/a** |
| ¿Cuál Asiste?:  | Guardería | Pre-kínder | Escuela |
| Nombre de la escuela/guardería:  |  | Grado/Tipo de salón:  |  |
| Días y horas:  | lunes\_\_\_\_\_ martes\_\_\_\_\_ miércoles\_\_\_\_\_ jueves\_\_\_\_\_ viernes \_\_\_\_\_ |
| Servicios de apoyo (Favor de incluir los días y horas): |  |
| Actividades extracurriculares (Favor de incluir días y horas): |  |

**Describa lo que más le preocupa de su hijo(a):**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Describa lo que usted quiere que su hijo(a) logre a través de la terapia?**

**Describa lo que usted quiere lograr para su familia a través de la terapia \_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peso del paciente al nacer: |  | Peso actual del paciente: |  |
| Talla del paciente al nacer: |  | Talla actual del paciente:  |  |
| La prueba de Apgar: |  | Percentil de peso: |  |
| Duración del embarazo (edad gestacional) |  | Circunferencia de cabeza: |  |

|  |
| --- |
| **Historial del parto:** |
| ¿Es el paciente su primer hijo/a? | Sí | No |  Orden de nacimiento: |
| ¿Parto único o múltiple? | Único | Múltiple \*\* | \*\* Si parto múltiple: Gemelo A or Gemelo B |
| ¿Parto prematuro? | Sí\*\* | No |  |
| \*\*\*¿Requirio su hijo/a alguno de lo siguiente?:  | Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal | Incubadora | Sala de neonatología | Oxígeno |  |
| ¿Tubo complicaciones durante el embarazo? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de describir: |
| ¿Tubo complicaciones durante el parto? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de describir: |
| ¿Edad de la madre al parto? |  | ¿Posición de bebé dentro del útero? |  |
| Parto: | Vaginal | Cesárea | Vacuum | El bebe tuvo el cordón umbilical enrollado/enroscado alrededor del cuello | Otro: |
| Posición del bebé cuando nació: | Cefálica | De nalgas | Transversal | Desconocido | Otro: |
| ¿Duración del parto? |  | ¿Por cuánto tiempo empujó la madre? |  |
| ¿Anomalías del útero de la madre? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de describir: |
| ¿Tratamientos para la fertilidad? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de anotar los medicamentos para la fertilidad: |
| ¿Otros medicamentos tomados durante el embarazo? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de anotar: |
| ¿Medicamentos tomados durante el parto? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de anotar: |
| ¿Le parecía que el bebé estaba atorado en una cierta posición en la última etapa del embarazo? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de describir: |
| Nombre de obstetra ginecologo y/o partera: |  |
| El nombre del hospital o clínica de parto donde nació el bebé: |  |
| Resultados de la prueba de audición para bebés (se les hace dentro del primer mes de vida) | Aprobó | Desaprobó\*\* | \*\* Si desaprobó, favor de describir los resultados: |
| ¿Recibió el bebé algún tipo de terapia en el hospital antes de que el doctor le diera de alta? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de describir: |
| **Posición de infante/niño** |
| ¿Inclina su hijo/a la cabeza hacia un lado? | Sí | No | \*\*De ser así, Lado derecho o Lado izquierdo |
| ¿Prefiere el infante voltear la cabeza hacia un lado? | Sí | No | \*\*De ser así, Lado derecho or Lado izquierdo |
| ¿Ha recibido el niño/a tratamiento para el tortícolis? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, ¿cuándo ocurrió el tratamiento? |
| ¿Existen otros niños en su familia que tienen los músculos del cuello rígidos y/o una malformación del cráneo? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de explicar: |
| ¿Tuvo el niño una forma de cabeza normal al nacer? | Sí | No\*\* | \*\*Si no, favor de describir: |
| ¿Quién notó la malformación del cráneo? |  | ¿Qué edad tenía cuando se le notó la malformación del cráneo al niño? |  |
| ¿Cuándo diagnosticó un doctor la malformación del cráneo? |  |
| ¿Tiene el niño asimetría de la cara? | Sí\*\* | No |  |
| ¿Cuánto tiempo pasa el niño en una silla infantil cada día? |  | Tipo de silla infantil: |
| ¿Cuánto tiempo pasa el niño en un columpio cada día? |  | ¿Cuánto tiempo pasa el niño en otros tipos de asiento? |  | Tipo(s) de asiento: |
| ¿Cuánto tiempo pasa el niño en posición boca arriba cada día?: |  | ¿Por cuánto tiempo usted u otra persona sostiene al bebé cada día? |  | ¿En qué posición sostienen al bebé? |  |
| ¿A qué edad empezó el niño/a a ponerse boca abajo (e.i., estar en la barriga)? |  | ¿Cuánto tiempo pasa el niño en posición boca abajo cada día? |  | ¿Por cuántos minutos seguidos puede quedarse en posición boca abajo a la vez? |
| Posición del niño para dormir(Al nacer-1 año de edad): | **Supino****(boca arriba)** | **Al lado** | **Prono****(boca abajo)** | **Otro:** |
| Posición actual para dormir(1 año de edad o más): | **Supino****(boca arriba)** | **Al lado** | **Prono****(boca abajo)** | **Otro:** |
| Horas usuales de dormir cada noche (al nacer-1 año de edad): | Horas usuales de dormir cada noche (1 año o más de edad): |
| ¿Tiene el niño dificultad para dormirse o permanecer dormido? | Sí | No | ¿Ronca? | Sí | No |
| ¿Tiene preocupaciones acerca del patrón del sueño de su hijo/a? |  |
| **Pruebas diagnósticas** |
| Radiografía/Rayos x | Sí | No |  |
| Imagen de resonancia magnética (MRI) | Sí | No |  |
| Tomografía computarizada (CT Scan) | Sí | No |  |
| Ultrasonido | Sí | No |  |
| Estudio de trago/Trago de bario | Sí | No |  |
| ¿Ha tenido su hijo un examen de la vista? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de describir los resultados: |
| ¿Ha tenido su hijo un examen de la audición? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de describir los resultados: |

|  |
| --- |
| **Anomalías congénitas** (Favor de circular las que apliquen.) |
| Displasia del desarrollo de la cadera | Sí | No | Cadera derecha | Cadera izquierda |  |
| Dislocación parcial de la cadera | Sí | No | Cadera derecha | Cadera izquierda |  |
| Clavícula fracturada | Sí | No | Clavícula derecha | Clavícula izquierda |  |
| Marcas o lesiones debidas al uso de pinzas durante el parto | Sí | No | Lado derecho | Lado izquierdo |  |
| Lesión del plexo braquial | Sí | No | Lado derecho | Lado izquierdo |  |
| Cefalohematoma | Sí \*\* | No | \*\*De ser así, favor de circular las opciones que apliquen. |
|  | Parietal | Lado derecho | Lado izquierdo | Pequeño / Mediano / Grande |
| Occipital | Lado derecho | Lado izquierdo | Pequeño / Mediano / Grande |

|  |
| --- |
| **Indicadores de desarrollo (favor de escribir la edad EN MESES cuando su niño/a logró cada indicador)** |
| Se puso los dedos o juguetes en la boca: |  | Se sentó sin apoyo: |  |
| Mantuvo la cabeza alzada: |  | Empezó a gatear: |  |
| Se dio la vuelta: |  | Empezó a caminar: |  |
| Empezó a balbucear: |  | Caminó solo: |  |
| Dejó de usar pañales: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Alimentación** |
| ¿Amamanto al bebé? | Sí\*\* | No | ¿Por cuánto tiempo (en meses y/o años) amamanto al bebé? |
| ¿Cuándo empezó su hijo/a a usar un biberón/mamadera/tetero/mamila? |  |
| ¿Cuándo empezó a tomar leche maternizada/fórmula para bebés? | Sí\*\* | No | ¿Tipo de leche maternizada? |
| ¿Tuvo su hijo/a problemas para comer/alimentarse? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| Frenillo corto (de la lengua o del labio) | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, ¿se lo cortaron?  |
| ¿Amamanto al bebé? | Sí\*\* | No | ¿Por cuánto tiempo (en meses y/o años) amamanto al bebé? |
| ¿Tiene su hijo/a algún antecedente de reflujo ácido? | Sí\*\* | No | \*\* De ser así, favor de describir el tratamiento anterior y/o actual. |

|  |
| --- |
| **Terapia física** |
| ¿Usa su hijo algún tipo de órtesis? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Usa su hijo/a plantillas especiales para los zapatos? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Usa su hijo/a algún aparato de asistencia? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Ha llevado a su hijo/a a ver un médico ortopedico? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Por qué? |

|  |
| --- |
| **Terapia ocupacional: Habilidades motoras finas y el juego** |
| ¿Tiene preocupaciones acerca de las destrezas de jugar de su hijo/a? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Tiene su hijo/a dificultad para agarrar juguetes o jugar con ellos? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Cuáles juguetes o juegos le gustan a su hijo? |  |  | Favor de describir: |
| ¿Tiene su hijo/a dificultad jugando con otros niños o usando el juego imaginativo? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Su hijo/a hace contacto visual con otras personas? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Tiene usted preocupaciones acerca de cómo su hijo/a usa crayones/tijeras/lápices/marcadores comparado con otros niños de su edad? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| **Terapia ocupacional: Autoayuda** |
| ¿Tiene su hijo/a dificultad para vestirse o desvestirse? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Su hijo puede ir al baño por sí mismo? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Tiene su hijo/a dificultad para dormir? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| **Terapia ocupacional: Procesamiento sensorial** |
| ¿Tiene su hijo/a dificultad para lidiar con cambios de su rutina? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿A su hijo le molestan sonidos/ruidos altos, cierta ropa u olores fuertes? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Es difícil para usted calmar/tranquilizar a su hijo/a? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Es difícil llevar a su hijo/a a lugares públicos como el supermercado, el parque o la biblioteca? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |
| ¿Tiene su hijo/a dificultad prestando atención en casa o en la escuela? | Sí\*\* | No | \*\*De ser así, favor de explicar: |

|  |
| --- |
| **Habla y lenguaje** |
| ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando usted empezó a notar problemas con su habla/lenguaje? |  |  | Edad:  |
| ¿Ha notado que el desarrollo del habla de su hijo ha retrocedido o ha sido interrumpido? | Sí | No | Favor de describir: |
| ¿Surgió el problema después de una enfermedad, accidente o incidente irregular? | Sí | No | Favor de explicar: |
| ¿Ha tenido su hijo/a una evaluación de la audición? | Sí\* | No | \*De ser así, favor de describir los resultados: |
| ¿Responde su hijo/a a sonidos suaves o moderados? | Sí | No |  |
| ¿El niño/a aparenta presta atención a las voces de otras personas? | Sí | No |  |
| ¿Le gusta al niño escuchar los cuentos infantiles? | Sí | No |  |
| ¿Puede su hijo/a seguir instrucciones comparado con otros niños de su edad? | Sí | No |  |
| ¿Su hijo/a ronca? | Sí | No |  |
| ¿Tiene su hijo/a infecciones del oído frecuentemente? | Sí | No |  |
| ¿Pueden sus familiares entender a su hijo/a cunado habla? | Sí | No |  |
| ¿Pueden otras personas entender a su hijo/a cuando habla? | Sí | No |  |
| **Desarrollo del habla y lenguaje****(Favor de anotar la edad EN MESES cuando su hijo/a logró los siguientes indicadores de desarrollo)** |
| ¿Cuándo introdujo el chupón/bobo?: |  | ¿Cuándo dejó su hijo/a de usar un chupón/bobo?: |  |
| ¿Cuándo introdujo una taza entrenadora?: |  | ¿Cuándo dejó su hijo/a de usar una taza entrenadora?: |  |
| ¿A que edad dijo sus primeras palabras?: |  | ¿Cuándo empezó a combinar 2 palabras juntas: |  |
| ¿A que edad combinó 3-4 palabras juntas?: |  | ¿Cuándo empezó a hablar en oraciones?: |  |
|  |
| ¿Cómo se comunica su hijo/a típicamente?: | gestos | palabras sueltas | frases | oraciones |
| ¿Usa su hijo/a otras maneras de comunicarse? | señas | dibujos | aparatos de comunicación | Otro: |

|  |
| --- |
| **Alimentación** |
| ¿Tiene usted preocupaciones acerca de la alimentación de su hijo/a? | Sí | No | Favor de describir: |
| ¿Es su hijo/a melindroso/a para comer? | Sí | No | Favor de explicar:  |
| ¿Usa su hijo/a utensilios para comer (ej. cuchara, tenedor, etc.)? | Sí | No |  |

|  |
| --- |
| **Historial de vacunación (favor de escribir la fecha en que su hijo recibió cada vacuna)** |
| **Vacuna contra la hepatitis B (HepB)** |  |  | **Vacuna contra la varicela (VAR)** |  |
| **Vacuna contra el rotavirus (RV)** |  |  | **Vacuna contra la hepatitis A (HepA)** |  |
| **Vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina (pertussis acelular)** **(DtaP para niños menos de 7 años de edad)** |  |  | **Vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina (pertussis acelular)** **(Dtap para niños de más de 7 años de edad)** |  |
| **Vacuna contra la infección neumocócica (PCV13)** |  |  | **Vacuna contra el VPH-virus del papiloma humano (HPV)** |  |
| **Vacuna contra la poliomielitis (IPV)** |  |  | **Vacuna antimeningocócica** **(MenB)** |  |
| **Vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (MMR)** |  |  | **Vacuna contra la influenza/gripe (IIV o LAIV)** |  |

|  |
| --- |
| **Lista de medicamentos** |
| **Fecha de inicio** | **Medicamento** | **Dosis** | **Frecuencia/Vía** | **Fecha de término** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Alergias, favor de anotar todas:

\*Firma de paciente: Fecha de hoy:

\*Firma del tutor legal:

\*Nombre y apellido del tutor legal: Iniciales del terapeuta: