

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA

*Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

*Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social #: _____

*Genero: Masculino Femenino

Identidad Étnica _____ Religión: _____ Idioma principal: _____

*Dirección de casa: _____

***Número de teléfono #:** _____

*Progenitor #1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa del progenitor #1 si es diferente a la del paciente: _____

Numero de teléfono del progenitor #1#: _____ Otro numero de teléfono #: _____

Lugar de trabajo del progenitor #1 _____ Ocupación de trabajo: _____

*Progenitor # 2: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de casa del progenitor #2 si es diferente a la del paciente: _____

Numero de teléfono del progenitor #2: _____ Otro numero de teléfono#: _____

Empleado del progenitor #2: _____ Ocupación de trabajo: _____

Nombres y edades de hermanos/hermanas del paciente: _____

***Persona llenando este formulario:** _____ ***Relación con el paciente:** _____

*Doctor de cabecera (DDC): _____ Numero de teléfono _____

*Medico Referente: _____ Numero de teléfono: _____

Medico especialista: _____ Numero de teléfono: _____

¿Se esta transfiriendo de otra clínica? Si / No Si su respuesta es si, provea el nombre de la clínica: _____

*Idioma preferido del paciente: _____

Idioma principal de padre #1 : _____ Idioma preferido: _____

Idioma principal de padre #2 : _____ Idioma preferido: _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA

Evaluaciones profesionales					
Indique si su hijo/a recibido alguna de las siguientes evaluaciones: (Por favor marque las que apliquen y provea copias del reporte)					
	Evaluaciones		Nombre de proveedor	Fecha de evaluación	Diagnostico
Pediatra del desarrollo	Si	No			
Gastroenterólogo	Si	No			
Dietético	Si	No			
Consultor de Lactancia	Si	No			
Terapeuta Físico	Si	No			
Terapeuta Ocupacional	Si	No			
Terapeuta del Habla	Si	No			
Otro:	Si	No			
Hospitalizaciones y/o cirugías					
Fecha	Razón			Lugar	
Rutina diaria de su niño/a					
Lugar de asistencia:	Guardería	Preescolar	Escuela		
Nombre del lugar:		Grado y Tipo de aula:			
Días y Horas:	Lunes_____ Martes_____ Miércoles_____ Jueves_____ Viernes _____				
Servicios de apoyo (Incluya días y horas):					
Actividades extracurriculares (Incluya días y horas):					

Preocupaciones de alimentación por su hijo/a _____

Metas de alimentación para su familia _____

¿Cuándo comenzaron los problemas de alimentación? _____

Peso de nacimiento del paciente		Peso actual del paciente:	
Longitud al nacer:		Longitud actual del paciente:	
Puntaciones Apgars:		Percentil de peso:	
Duración del embarazo (edad gestacional)		Circunferencia de la cabeza:	
Historial de nacimiento:			
¿Primogénito?	Si	No	Orden de nacimiento
¿Nacimiento único o múltiple?	Único	Múltiple **	** Si fue nacimiento múltiple: Mellizo A o Mellizo B
¿Nació prematuro?	Si**	No	
¿Su hijo/a requirió alguno de los siguientes?	NICU	Duración de la estancia en la NICU:	Incubadora Guardería especial Oxígeno
¿Complicaciones durante embarazo?	Si**	No	Si su respuesta es si, por favor enumere
¿Complicaciones durante el parto?	Si**	No	Si su respuesta es si, por favor enumere
¿Edad de la madre al nacer?			Posición útero de niño/a
Tipo de parto:	Vaginal	Cesárea	Aspiradora Cuerda en Nuca Otro:
Otros medicamentos tomado durante el embarazo	Si**	No	Si su respuesta es si, por favor enumere
Medicamentos tomados durante el parto	Si**	No	Si su respuesta es si, por favor enumere
Resultados del examen de Audición neonatal	Pasó	Falló**	Si falló** ¿cuales fueron los resultados?
¿Recibió el niño/a terapia antes de ser dado de alta del hospital?	Si**	No	**Si su respuesta es si, por favor describa:
Pruebas diagnosticas			
Radiografía del pecho/abdomen	Si	No	Resultados:
Colonoscopia	Si	No	Resultados:

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA**

Endoscopia	Si	No	Resultados:		
Ultrasonido	Si	No	Resultados:		
Estudio de trago	Si	No	Resultados:		
GI superior/Upper GI	Si	No	Resultados:		
¿Su hijo ha sido evaluado de la visión?	Si**	No	**Si su respuesta es si, ¿cuales fueron los resultados?		
¿Su hijo ha sido evaluado de los oídos?	Si**	No	**Si su respuesta es si, ¿cuales fueron los resultados?		
Hitos tempranos del desarrollo (enliste la edad en meses)					
Introducción de juguetes/manos en la boca			Se sentó sin ayuda/soporte:		
Sostuvo la cabeza arriba			Comenzó a gatear:		
Dio una vuelta/rodo:			Comenzó a caminar:		
comenzó a balbucear:			Camino solo/independientemente:		
Control de esfínteres/ir al baño:					
Servicios anteriores					
¿Tubo su hijo/a algunos de los siguientes servicios este año? (Favor de indicar los que apliquen)					
Logopedia/Terapia de habla	Si	No	Intervención temprana	Si	No
Terapia Ocupacional	Si	No	Servicios de WIC	Si	No
Terapia de alimentación hospitalaria	Si	No	Terapia de alimentación en una clínica ambulatoria	Si	No
Terapia Física	Si	No	Consejería	Si	No
Historial clinico anterior (por favor circule los que apliquen)					
Asma	Si	No	Infección (Meningitis, Encefalitis)	Si	No
Bronquiolitis/Bronquitis	Si	No	Intubación	Si	No
DBP (Displasia broncopulmonar)	Si	No	Volumen Limitado /cantidad de ingesta	Si	No
Cancer/tumor	Si	No	PIKA (comiendo artículos no comestibles)	Si	No
Hendidura del labio y/o paladar	Si	No	Neumonía	Si	No

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA**

Estreñimiento	Si	No	Embolsando comida, (Embolsa comida en los buches)	Si	No
Tos/ahogo	Si	No	Mala administración de secreción	Si	No
Episodio cianótico (se puso azul/dejo de respirar)	Si	No	Convulsiones	Si	No
Se deshidrato	Si	No	Erupción cutánea	Si	No
Dificultad tragando	Si	No	Estridor/respiración ruidosa	Si	No
Dificultad masticando	Si	No	Rechazo al sabor/textura de comida	Si	No
Diarrea	Si	No	Deterioración de dientes	Si	No
Infección de oídos	Si	No	Extracción dentaria/cirugía dental	Si	No
Eczema	Si	No	Fistula Traqueoesofágica	Si	No
Esofagitis Eosinofílica (EoE)	Si	No	Traqueotomía	Si	No
Retraso en el desarrollo (FTT)	Si	No	Amigdalitis	Si	No
Vías respiratorias flexibles (Laringomalacia)	Si	No	Infección respiratoria superior	Si	No
Alergia a la comida	Si	No	Vómitos	Si	No
Rechaza la comida/alimentos	Si	No	Perdida de peso/aumento de peso lento	Si	No
Funduplicatura	Si	No	Voz con calidad húmeda	Si	No
ERGE/Reflujo	Si	No	Torticolis	Si	No
Gastroparesia	Si	No	Otro:	Si	No
Problemas del Corazon	Si	No	Otro:	Si	No
Lesion en la cabeza	Si	No	Otro:	Si	No
Historial de alimentación temprana					
			Duración	Liste dificultades	
Amamanto	Si	No			
Alimento con biberón	Si	No			
Formulas tratadas:			Formula que usa:		
Razón por el cambio de formula?					
Alimentación por tubo	Si	No			
			Fecha que fue colocado	Fecha que fue retirado	
Tubo NG	Si	No			
Tubo OG	Si	No			

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA

Tubo GJ		Si	No		
Tubo G/PEG		Si	No		
Tubo NJ		Si	No		
Horario de alimentación	Constante	Bolo alimenticio		Numero de veces durante el día	Duración de tiempo de alimentación
Volumen total diario					
¿Si no come por la boca, por que paro la alimentación por la boca?					
Historial de comida solida					
Edad que el puré de alimentos fue introducido:		¿Dificultades notada?		Si	No
		**Si su respuesta es si, Por favor explique:			
¿Su hijo a comenzado a comer comidas espesas o con grumos?		Si	No		
Edad que su hijo/a fue introducido a la comida solida		¿Dificultades Notadas?		Si	No
		**Si su respuesta es si, Por favor explique:			

Rutina diaria de alimentación:			
¿Con que frecuencia come su hijo diariamente?	0	1-2	3
¿Con que frecuencia su hijo come meriendas diariamente?	Come porciones pequeñas durante el día	1-2	2-3
Duración de las comidas	5-10 minutos	15-25 minutos	>30 minutos
¿Como describiría el apetito de su hijo/a?	Es poco	Bueno	Excelente
¿Le avisa su hijo/a cuando tiene hambre?	Si	No	
¿Que tipo de alimentos y bebidas prefiere su hijo cuando come?			
Desayuno	Almuerzo	Cena	Merienda
Texturas alimenticias actuales (por favor haga un circulo alrededor de su respuesta)			
Líquidos regular/finos	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a
Líquidos espesos	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a
Alimentos para bebes de puré comercial (etapas I and II)	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a
Alimentos terrestres o	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA

comercial de tercera etapa			
Puré de alimentos blandos	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a
Alimentos de mesa regulares (fácil-fundible/comida blanda)	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a
Alimentos de mesa regulares(comida densa/dura)	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a
Other:	El niño/a come	El niño/a no come	No se la ofrece al niño/a

¿Cuales de estos alimentos son más fáciles para su hijo/a? Por favor provea ejemplos específicos:	¿Cuales de estos alimentos son mas difícil para su hijo/a? Por favor provea ejemplos específicos:

¿Muestra su hijo/a alguno de los siguientes cuando come o bebe?

	Bebiendo	Comiendo		Bebiendo	Comiendo
Se ahoga	Si	No	Llora	Si	No
Tiene arcadas	Si	No	Reúso	Si	No
Vómitos	Si	No	Rabietas	Si	No
Cambios en el color	Si	No	Tira la comida	Si	No
Sostiene su respiración	Si	No	Expulsa comida de la boca	Si	No
Voz con calidad húmeda	Si	No	Sostiene la comida en la boca	Si	No

Estado Ambiental

¿Donde toman lugar las comidas? (circule las que apliquen)	Silla alta	Asiento elevador	Silla pediátrica	Silla de adulto	Las piernas del cuidador	Nino/a vaga por las comidas	Otro:
---	------------	------------------	------------------	-----------------	--------------------------	-----------------------------	-------

¿Donde toman lugar las comidas? (indique las que apliquen)

	Consumo en este lugar:		
En casa	Mas	Menos	Igual
Escuela	Mas	Menos	Igual
Guardería	Mas	Menos	Igual
Casa de familiars	Mas	Menos	Igual
Otro:	Mas	Menos	Igual

¿Quien alimenta a su hijo/a? (Indique las que apliquen)

	Consumo con este cuidador:		
Padre	Mas	Menos	Igual
Abuelo/a	Mas	Menos	Igual
Otro miembro de familia	Mas	Menos	Igual
Personal de guardería	Mas	Menos	Igual
Personal de enfermería	Mas	Menos	Igual
Otro:	Mas	Menos	Igual

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA**

¿Usa su hijo los siguientes de manera independiente?					
Cubierto	Si	No	Cuchara	Si	No
Dedos	Si	No	Sorbeto	Si	No
Vaso abierto	Si	No	Biberón	Si	No
Vaso entrenador/sippy cup	Si	No			

Registro de alimentos: En los próximos tres días, por favor indique la hora, tipo y cantidad de comida consumida por su hijo/a.

Día 1		
Hora:	Comida presentada/Cantidad aceptada	Observaciones/comentarios
Día 2		
Hora:	Comida presentada/Cantidad aceptada	Observaciones/comentarios

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA DE ALIMENTACION PEDIATRICA**

Día 3		
Hora:	Comida presentada/Cantidad aceptada	Observaciones/comentarios

Historial de Vacunas y fechas recibidas:			
Hepatitis B (HepB)		Varicella (VAR)	
Rotavirus (RV)		Hepatitis A (HepA)	
Difteria, Antitetánico, y Acelluar perussis (DtaP <7 anos)		Difteria, Antitetánico, y Acelluar perussis (DtaP <7 anos)	
Conjugado neumocosico (PCV13)		Papiloma Humano (HPV)	
Poliorirus inactivado (IPV)		Meningococcal B (MenB)	
Paperas, sarampión, rubeola (MMR)		Influenza (IIV o LAIV)	

Lista de medicamentos				
Fecha de inicio	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de discontinuación



**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
HISTORIAL DE TERAPIA PEDIATRICA**

*Alergias-Por Favor liste: _____

*Firma del paciente _____

Fecha: _____

*Firma del progenitor legal: _____

*Nombre del progenitor legal en letra de imprenta: _____

Iniciales del terapeuta: _____