\*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: