

Brenner Children's Hospital**Formulario de Ingreso de la Clínica Pediátrica del Desarrollo y del Comportamiento**

PADRES: Para ayudarnos a proporcionar la evaluación de subespecialidad más útil, necesitamos más información sobre el/los problema(s) de su hijo(a) y sobre su familia. Por lo tanto, solicitamos que ambos padres completen este cuestionario de la manera más completa posible. Utilice hojas de papel por separado si necesita más espacio. Este registro se mantendrá confidencial de acuerdo con las normas de HIPAA.

NOMBRE DEL/DE LA NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A)	EDAD	FECHA DE HOY
DIRECCIÓN DE CASA			TEL: Casa _____ Cel _____	
Formulario completado por (Nombre, relación con paciente):			CORREO ELECTRÓNICO:	
NOMBRE DE PADRE/MADRE/TUTOR(A) LEGAL		OCUPACIÓN	EDAD	TEL. CEL./TRABAJO
NOMBRE DEL OTRO PADRE/MADRE/TUTOR(A) LEGAL		OCUPACIÓN	EDAD	TEL. CEL./TRABAJO
Por favor, anote el/los problema(s), pregunta(s) o preocupación(es) que tiene(n) con respecto a su hijo(a).				
¿Cuál es el problema?		¿Cuándo se observó este problema por primera vez?		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
¿Cómo cree que podemos ayudar a su hijo(a)?				
¿Qué evento específico le llevó a solicitar una evaluación en este momento?				
¿Qué cree que pudo haber causado el/los problema(s)?				
¿Qué ha hecho ya para el problema(s) y con qué resultados?				
¿Ha recibido tratamiento su hijo(a) por problemas de comportamiento / emocionales / del desarrollo en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, complete un formulario de Divulgación de Información en la cita para poder obtener los registros de tratamiento) ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por quién?				
¿Qué tipos de tratamiento recibió su hijo(a) en el pasado? <input type="checkbox"/> Medicamentos (por favor, anote): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Asesoría (dónde): <input type="checkbox"/> Otros (por favor, anote):				

HISTORIAL PRENATAL Y DE INFANCIA TEMPRANA

Anote todos los embarazos de la madre de/de la paciente.

Fecha	¿Cuál fue el resultado? (término completo, nacimiento prematuro o aborto espontáneo)

¿Fue planeado este embarazo? Sí No¿Alguna dificultad para embarazarse? ¿Mes de embarazo cuando comenzó el cuidado prenatal?

Marque cualquier complicación ocurrida durante este embarazo:

 sangrado presión arterial alta diabetes trauma Incompatibilidad factor Rh fiebre sarpullido estrés
 hospitalización convulsiones enfermedades transmitidas sexualmente otro:
Salud de la madre durante el embarazo (marque una): buena regular pobre

Marque cualquier exposición prenatal para este embarazo

 Alcohol Fumar Drogas ilícitas Medicamentos Abuso de la madre

Por favor, anote cualquier medicamento que la madre usó durante el embarazo:

Los movimientos del bebé dentro del útero fueron promedio menos activos de lo esperado más activos

¿Edad de la madre en el momento del parto?

¿Duración del embarazo?

Marque cualquier problema con este parto:

 cesárea fórceps oxígeno de nalgas múltiples ruptura prematura de membranas trabajo de parto que no progresa
 fiebre materna sangrado anormal anomalías observadas al nacer Estreptococos grupo B en la madre (GBS) otro:

Puntuaciones APGAR del bebé:

Peso al nacer:

Longitud al nacer:

Circunferencia de cabeza:

Marque cualquier problema que el bebé haya tenido mientras estuvieron en el hospital:

 se le cuidó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o NICU necesitó oxígeno durante más de 4 horas con respirador ictericia
 convulsiones defectos de nacimiento transfusión de sangre problemas de alimentación tono muscular anormal infecciones
 meningitis enfermedad de membrana hialina sangrado en el cerebro problemas con niveles bajos de azúcar en sangre
 problemas con el crecimiento ultrasonido o imágenes anormales de la cabeza otro:

En los primeros 6 meses de vida, ¿tuvo su bebé alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

 momentos excesivamente silenciosos/somnolientos estado de ánimo excesivamente hiperactivo o irritable cólico
 tono muscular flácido poco control de cabeza no le gustaba ser abrazado(a) poco contacto visual respuesta / interacciones anormales con las personas difícil para calmar o consolar tono muscular rígido otro:

Por favor, marque si su hijo(a) tuvo problemas de alimentación?

 con lactancia materna con biberón

Describa:

Por favor, marque si su hijo(a) tuvo problemas para dormir?

 pesadillas terrores nocturnos otro:

Describa:

HISTORIAL DEL DESARROLLO

¿Cuándo fue la primera vez que se preocupó por el desarrollo de su hijo(a)? ¿Por qué?

¿A qué edad hizo su hijo(a) las siguientes cosas? (por favor, escriba lo más aproximado posible)

Sentarse		Leer bastante bien		Nombrar todos los colores	
Pararse solo(a)		Andar en triciclo		Comenzar entrenamiento para ir al baño	
Caminar solo(a)		Andar en en bicicleta		Completar entrenamiento para ir al baño durante el día	
Decir una palabra que no sea mamá o papá		Hablar en oraciones		Siempre estar seco(a) por la noche	
Beber de una taza		Empezar la escuela		Comenzar la pubertad (o períodos menstruales)	
Vestirse solo(a)		Contar hasta diez		Tener preferencia de una mano (usar más la mano derecha o izquierda)	

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema con el desarrollo del habla y del lenguaje? Sí No¿Cree que las metas del desarrollo motriz de su hijo(a) (rodar, sentarse, caminar) fueron: a tiempo temprano retrasadas¿Ha recibido su hijo(a) algún servicio de la CDSA, de intervención temprana o del programa Nacimiento a Tres años? Sí No¿Alguna vez le ha preocupado que su hijo(a) haya perdido las habilidades que solía tener? Sí No
En caso afirmativo, por favor explique, incluyendo a qué edad ocurrió esto.Por favor, marque "Sí" o "No" si le preocupa alguna destreza o habilidad de su hijo(a) **en comparación con otras personas de la misma edad.**

Destreza o habilidad	Sí	No
<i>Destrezas de motricidad gruesa (lanzar, atrapar, correr, saltar)</i>		
<i>Destrezas sociales (compartir, cooperar, tomar turnos)</i>		
<i>Equilibrio</i>		
<i>Destrezas de motricidad fina (colorear, dibujar, escribir, usar tijeras)</i>		
<i>Aprendizaje</i>		
<i>Habilidades de autoayuda (vestirse, comer, ir al baño, bañarse)</i>		
<i>Comprender instrucciones orales</i>		
<i>Expresarse verbalmente</i>		
<i>Hablar con claridad</i>		

¿Con qué nivel de edad se parece más el desarrollo de su hijo(a)?

¿Cómo calificaría el nivel general de inteligencia de su hijo(a)? por debajo del promedio Promedio por encima del promedio**TEMPERAMENTO**El temperamento de su hijo(a): Por favor, encierre con un círculo cualquier rasgo que su hijo(a) haya tenido persistentemente e indique con una "√" durante qué rangos de edad.

Característica	0-12 meses	1-3 años	3-5 años	5-12 años
Muy activo(a), siempre haciendo cosas, inquieto(a), no puede permanecer sentado(a)				
Dificultad para prestar atención, no termina lo que comienza, frecuentemente cambia de una cosa a otra				
Tiene problemas con los cambios en las actividades diarias, no le gusta el cambio, es inflexible				
No le gustan las nuevas situaciones, lento(a) para sentirse cómodo(a), tímido(a) y reservado(a)				
Sentimientos o emociones intensas				

Impredecible y difícil para lograr un horario para dormir, comer, evacuaciones intestinales, estados de ánimo				
Estado de ánimo negativo, difícil de complacer, fastidiado(a), infeliz, quejumbroso(a), irritable				
Le molesta(n) los sonidos, el tacto, la ropa tiene que sentirse bien				

HISTORIAL MÉDICO

Médico de cabecera (PCP):	Ubicación del Médico de cabecera:
Fecha del último examen físico completo o examen de rutina del/de la niño(a):	

REVISIÓN DE SISTEMAS: <i>Marque todos los síntomas significativos que ha tenido su hijo(a) en los últimos 6 meses:</i>							
√		√		√		√	
	Fiebre		Estreñimiento		Dolor de garganta		Inquieto(a)
	Cambio de apetito		Diarrea		Tics		Somnolencia
	Pérdida de peso		Náuseas		Movimiento de la lengua		Irritabilidad
	Aumento de peso		Dolor de estómago		Convulsiones		Nerviosismo
	Trastornos del sueño		Indigestión		Hablar con mala articulación		Agitación
	Ronquidos		Defecación accidental		Confusión		Latidos cardíacos irregulares
	Boca seca		Accidentes de orinarse en la cama		Dolores de cabeza		Ritmo cardíaco acelerado
	Vista borrosa		Orinarse durante el día		Movimientos anormales		Mareos

ENFERMEDADES Y PROBLEMAS DE LA INFANCIA: *Marque e introduzca la edad en la que su hijo(a) tuvo cualquiera de las siguientes condiciones:*

√		Edad:	√		Edad:	√		Edad:
	Dificultad para dormir			Problemas de alimentación			Problemas de la vista	
	Problemas auditivos			Migrañas			Trastorno convulsivo	
	Envenenamiento			Asma			Trastorno del movimiento/Tics	
	Desmayos			Infecciones de oído			Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad	
	Problemas Gastrointestinales			Enfermedad renal			Problemas urinarios	
	Diabetes			Enfermedad tiroidea			Presión arterial alta	
	Tumor/Cáncer			Enfermedad hepática			Enfermedad de la sangre	
	Meningitis			Lesiones en la cabeza			Pérdida del conocimiento	
	Retraso en el desarrollo			Fractura de huesos			Sarampión / Paperas	
	Tos ferina			Eczema			Varicela / Culebrilla	
	Enfermedad cardíaca			Alergias			Problemas de aprendizaje	
	Traumatismo craneal			Parálisis cerebral			Otro:	

EXPOSICIÓN AL PLOMO: ¿Le preocupa que su hijo(a) haya sido expuesto(a) al plomo? Sí No ¿Por qué?

Por favor, marque cualquiera que corresponda:

- Mi hijo(a) ha vivido o visitado regularmente una casa con pintura pelada o agrietada construida antes de 1960
- Mi hijo(a) ha vivido o visitado regularmente una casa construida antes de 1960 con renovaciones o remodelaciones recientes, en curso o planificadas
- Mi hijo(a) tiene hermanos, compañeros de casa o compañeros de juego que son seguidos o tratados por envenenamiento con plomo
- Mi hijo(a) ha vivido con un adulto cuyo trabajo o pasatiempo involucre exposición al plomo

- Mi hijo(a) ha vivido cerca de una fundidora de plomo activa, una planta de reciclaje de baterías u otra industria con posibles emanaciones de plomo
- Se ha descubierto que mi hijo(a) tiene un nivel alto de plomo en la sangre

Por favor, anote cualquier CONDICIÓN MÉDICA CRÓNICA:

Edad:

Por favor, marque cualquier CIRUGÍA pasada (tubos de igualación de presión, amígdalas, apéndice, cirugía oral, circuncisión):

Edad:

Motivo:

Por favor, anote cualquier HOSPITALIZACIÓN pasada:

Edad:

Motivo:

MEDICAMENTOS ACTUALES	Dosis	¿Para qué se utiliza?	¿Qué tan eficaz es?	¿Efectos secundarios?

Anote cualquier alergia a medicamentos:

Medicamentos:

¿Cuál fue la reacción?

Por favor, indique alguno(a)...	¿Qué terapia?	¿Para qué se utiliza?	¿Qué tan eficaz es?	¿Con qué frecuencia se usa esta terapia?
¿Tratamientos homeopáticos, naturistas, herbales y/u otros tratamientos complementarios o de medicina alternativa para la salud física y/o mental?				

NUTRICIÓN: ¿Cómo describiría la dieta de su hijo(a)? buena regular pobre
 ¿Qué tipos de alimentos come en un día típico para el desayuno, el almuerzo, la cena y los refrigerios?

¿Le preocupa que su hijo(a) pueda estar usando ciertas sustancias, como cigarrillos, alcohol, marihuana, drogas ilícitas, inhalantes u otras? Sí No

¿Le preocupa que su hijo(a) pueda tener comportamientos de alto riesgo (actividad sexual, autolesión, trastornos alimenticios u otros)? Sí No

¿Le preocupa que su hijo(a) tenga un comportamiento inusual, como crueldad con los animales, prender fuegos, crueldad hacia otras personas? Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido víctima de burlas o intimidación? Sí No

¿Le preocupa que su hijo(a) pueda estar experimentando o presenciando algún tipo de abuso (físico, sexual, emocional, verbal, negligencia). Sí No

Por favor, anote cualquier participación de Servicios de Protección Infantil (CPS, siglas en inglés) o Servicios de Defensa Familiar con su hijo(a) y/o la familia de su hijo(a):

Por favor, anote cualquier problema legal que su hijo(a) haya tenido (pandillas, arrestos, correccional para menores):

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Hay algo más que le gustaría que nosotros sepamos acerca de su hijo(a)?

HISTORIAL FAMILIAR: (Por favor, marque todas las que apliquen a la familia del/de la niño[a])

	Madre biológica	Padre biológico	Hermano(s)	Familia de la Madre	Familia del Padre
MEDICO					
Cáncer					
Diabetes					
Trastornos genéticos/Defectos de nacimiento					
Enfermedad cardíaca (antes de los 40 años) o muerte súbita o muerte inesperada o colocación de un marcapasos					
Trastorno del movimiento/Tics					
Trastorno convulsivo/Epilepsia					
Enfermedad tiroidea					
Parálisis cerebral					
Problemas auditivos					
Problemas de la vista					
Otros problemas médicos:					
ESCUELA					
Trastorno de Déficit de Atención (TDA) / Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)					
Dislexia					
Retraso mental					
Problemas escolares o del aprendizaje					
Problemas del habla y del lenguaje					
SALUD MENTAL					
Alcoholismo/abuso de alcohol					
Trastorno de ansiedad/de pánico					
Autismo / Síndrome de Asperger					
Bipolar / Depresión maníaca					
Demencia / Enfermedad de Alzheimer					
Depresión					
Abuso de drogas (¿Qué drogas?)					
Trastorno obsesivo compulsivo					
Esquizofrenia					

Suicidio					
Tratamiento psiquiátrico					
Hospitalizaciones psiquiátricas					
LEGAL					
Agresión o actividad criminal					

HISTORIAL SOCIAL

Nombre de madre biológica	Fecha de nacimiento	Nivel de educación	Estado civil: # de matrimonios previos:	Ocupación
Nombre de padre biológico	Fecha de nacimiento	Nivel de educación	Estado civil: # de matrimonios previos:	Ocupación
Por favor, anote todas las personas con las que este(a) niño(a) vive actualmente?				
Nombre	Edad	Relación con el/la niño(a)		
¿Es adoptado(a) este(a) niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿A qué edad fue adoptado(a) este(a) niño(a)?				
¿Cuáles fueron las circunstancias de la adopción?				
¿Cuáles son las fortalezas y los talentos de su hijo(a)?				
¿Cuáles son las actividades / los pasatiempos favoritos de su hijo(a)?				
Anote cualquier estrés o problema familiar significativo desde que nació su hijo(a): (mudanzas, despliegues, enfermedades, conflictos maritales, separaciones o divorcios, violencia familiar, abuso, muertes, problemas financieros, problemas de alcohol o de drogas, etc.)				
¿Tiene algún familiar en el área con quien pueda contar para obtener ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene amigos en el área con quien pueda contar para obtener ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

HISTORIAL ACADÉMICO Esta sección no corresponde porque mi hijo(a) no está en la escuela.**Información actual sobre la escuela:**

Escuela:	Grado:	Profesor(a):
¿Cuáles son sus preocupaciones actuales sobre los cursos académicos de su hijo(a)?		

¿Tiene su hijo(a) algún problema con las siguientes tareas de aprendizaje? <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Ortografía <input type="checkbox"/> Matemáticas
¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes problemas de comportamiento en el salón de clase? <input type="checkbox"/> Falta de atención <input type="checkbox"/> Distracción <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Berrinches <input type="checkbox"/> Falta de respeto <input type="checkbox"/> Oposición/Desafiante <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Hablar en exceso
¿Cuáles son sus calificaciones más recientes? ¿Es esto un cambio? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No
¿Actualmente tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizado (IEP, siglas en inglés) o un Plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo(a) se lleva bien con sus maestros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo(a) se lleva bien con otros estudiantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En qué tipo de actividades extracurriculares (deportes, música, clubes, drama, scouts) participa su hijo(a)?

Por favor, marque las casillas apropiadas que correspondan a su hijo(a).

Grado	Incapaz de prestar atención, mantener la concentración o completar las tareas	Problemas de aprendizaje, calificaciones bajas o reprobadas	Problemas de comportamiento en la escuela
Preescolar			
Kinder			
1 ^{er} grado			
2 ^o grado			
3 ^{er} grado			
4 ^o grado			
5 ^o grado			
6 ^o grado			
7 ^o – 9 ^o grado			
9 ^o – 12 ^o grado			

¿Alguna vez han suspendido o expulsado a su hijo(a)? Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha repetido un grado escolar? Sí, indique qué grado: _____ No

¿Ha necesitado su hijo(a) algún tipo de educación especial? Sí No

¿Ha estado su hijo(a) en algún programa avanzado o se ha saltado un grado escolar? Sí No

SI A SU HIJO(A) LE HAN REALIZADO PRUEBAS PSICO-EDUCACIONALES (COEFICIENTE INTELLECTUAL Y RENDIMIENTO) O TIENE UN PLAN DE IEP O 504, POR FAVOR ADJÚNTELO A ESTE CUESTIONARIO O ENTRÉGUELO CON LOS DOCUMENTOS QUE RECIBIÓ PARA COMPLETARSE ANTES DE SU CITA.

**Muchas gracias por completar este cuestionario.
¡Nos dará mucho gusto conocerle a usted y a su hijo(a)!**