

Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.

Estimados padres/cuidadores:

Nombre de hijo: _____

MRN de hijo: _____

Su hijo tiene una consulta para ver a un pediatra del desarrollo. **Si su hijo ha acudido a evaluaciones previas, necesitamos copias de esos informes.** Algunos ejemplos incluyen las pruebas hechas por las escuelas, la intervención temprana, los terapeutas ocupacionales y los patólogos del habla y el lenguaje. Del mismo modo, si su hijo ha visitado a **otros especialistas**, necesitamos sus informes. Algunos ejemplos incluyen a psiquiatras, psicólogos, pediatras del desarrollo, neurólogos infantiles, genetistas y endocrinólogos. Los estudios de radiología (tomografías computarizadas o resonancias magnéticas) y los resultados de las pruebas de laboratorio (análisis cromosómicos, pruebas genéticas) son importantes. Si su hijo es adoptado, agradeceríamos una copia de sus expedientes de nacimiento.

Debe completar y devolver las 9 páginas de este cuestionario y copias de todas las pruebas descritas anteriormente a la enfermera de desarrollo antes de programar la cita de su hijo con el médico. Por favor, no nos envíe nada por correo, ya que esto causará demora. Envíelo por correo electrónico a pedidev@uhs-sa.com o por fax al (210) 702-4248.

Nombre del médico de cuidado primario (PCP): _____

Nombre de la clínica: _____

Persona que completa este formulario: _____ Fecha de hoy: _____

Parentesco o relación con el menor: Madre Padre Otro: _____

Discuta sus inquietudes acerca de su hijo. ¿Por qué está visitando a un pediatra del desarrollo? ¿Por qué nos consultó el proveedor?

¿Cuánto tiempo ha estado usted preocupado o cuándo fue la primera vez que alguien llevó este tema a su atención? _____

Desde entonces estos problemas: han mejorado no han cambiado mucho han empeorado

¿Alguien evaluó a su hijo por esto? No Sí Explique/describa: _____

CARACTERÍSTICAS DEL TEMPERAMENTO DEL MENOR

Describa los rasgos de su hijo. La mayor parte del tiempo, mi hijo experimenta y responde al entorno de la siguiente manera:

- **Estado de ánimo general:** Alegre^{ES} (Feliz, ve el lado bueno de las cosas) Intermedio^S Triste^D (está melancólico, desanimado, nunca sonríe)
- Actitud: Calmado (nada le afecta, siempre está relajado) Intermedio Muy nervioso (siempre preocupado y tenso)
- Constancia: Estable (constante y calmado) Intermedio De carácter cambiante (está bien y se enfada repentinamente, días buenos/malos sin razón)
- Sensibilidad: Baja (se toma las cosas con calma) Intermedia Alta (se ofende fácilmente, llora por todo)
- Sociabilidad: Extrovertido (hace amigos nuevos con facilidad) Intermedio Tímido, introvertido (no saluda, no participa en las actividades)
- Expresión: Expresivo (muy demostrativo, abierto) Intermedio Reservado (difícil de leer, nunca se sabe cómo se siente)
- **Respuesta inicial:** (¿Cómo reacciona el niño ante situaciones nuevas o poco familiares?)
 - Entusiasta/se anima de inmediato Se acerca Se retira/las evita^S
 - **Expresión de su enojo** No suele enfadarse (es difícil enojarlo) Intermedio Con mal genio (se enoja/enrabieta con facilidad)
 - Autocontrol Prudente, pensativo (muy paciente) Intermedio Impulsivo (interrumpe, actúa antes de pensar)
 - Intensidad Moderado, relajado (tranquilo) Intermedio Ruidoso, enérgico (abrumador)
 - **Nivel de actividad:** Bajo a moderado^S (lento, se sienta en silencio mucho tiempo) Intermedio Muy alto (inquieta, siempre activo, no puede quedarse quieto)
 - **Concentración:** Concentrado, alta capacidad de atención, escucha bien Intermedio Distráido (se desconcentra, es olvidadizo y desorganizado)
 - **Regularidad/ritmo:** (Dormir, comer, ir al baño) Regular^E (predecible, puntual) Intermedio Irregular^P (errático, impredecible)
 - **Adaptabilidad al cambio:** Buena^E (transiciona fácilmente, se deja llevar) Intermedia Mala^{DS} (trastornado por los cambios, muy inflexible, no puede cambiar de ambiente)
 - **Umbral sensorial** al tacto, al gusto, al olfato, al sonido, al dolor y a la luz: Alto (duerme bien, no se despierta con nada) Intermedia Bajo (le molestan las luces, la ropa le resulta incómoda)
 - **Persistencia negativa:** Cooperativo, maleable (sabe cuándo parar) Intermedio Terco, rebelde (te desgasta, nunca se rinde)
 - **Persistencia positiva:** Enfocado en un objetivo (no para hasta que termina el trabajo) Intermedio Se rinde fácilmente (empieza las tareas pero no las termina)

Adaptado de «The Emotional Problems of Normal Children; How Parents Can Help and Understand» por el Dr. Stanley Turecki y la Dra. Sarah Wernick.



Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.



Formulario de Admisión a la Clínica Pediátrica del Desarrollo

COMPORTAMIENTO/APRENDIZAJE/SOCIALIZACIÓN

¿Cuáles son las **FORTALEZAS** de su hijo? ¿Qué le gusta hacer? ¿Qué se le da especialmente bien?

Mi hijo tiene **problemas de COMPORTAMIENTO** (por ejemplo, peculiaridades, rabieta/crisis, agresiones físicas, daña a otros, se lastima a sí mismo, hiperactivo, impulsivo, contradictorio/desafiante, se niega a cumplir órdenes, mentiras, peleas o discusiones). No Sí. **EXPLIQUE:** Dé detalles para que entendamos sus preocupaciones.

Antecedentes (desencadenantes): ¿Cuándo, dónde o con quién es más probable que sucedan *antes*?

Comportamientos: Qué, cuándo, con qué frecuencia, duración, gravedad. El niño tiene días sin episodios: No Sí.

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo pasa entre los episodios? _____

Consecuencias: ¿Qué sucede *luego* del comportamiento? ¿Qué lo mejora? ¿Qué lo empeora?

¿Cómo **disciplina** a su hijo? Recompensando el buen comportamiento Consecuencias naturales/lógicas Tiempo de reflexión

Hablando de lo sucedido Pérdida de privilegios Nalgada/manotada Otros:

¿Es efectiva su manera de disciplinarlo (funciona)? Siempre Normalmente A veces Inconsistentemente Casi nunca

¿Los padres comparten y están de acuerdo en cómo manejar el comportamiento del niño? Sí No, explique:

¿Ha creado el comportamiento de su hijo un conflicto marital o familiar? Sí No, explique:

¿Tiene su hijo dificultades para el **APRENDIZAJE** (por ejemplo, no entiende algunas cosas, necesita que se las repitan, no puede recordar, no puede centrarse, está distraído o despistado, tiene dificultades de comprensión, necesita recordatorios, no puede procesar las tareas de varios pasos, necesita que lo redirijan, tiene problemas en materias escolares específicas)?

EXPLIQUE:

¿Tiene su hijo dificultades para **SOCIALIZAR con compañeros de la misma edad que no sean sus hermanos o primos** (por ejemplo, no se acerca a otros, tiene pocos amigos, actúa como si fuese sordo, es demasiado tímido, evita a la gente, limita el contacto visual, se agarra a sus padres, llora al dejarlo en la escuela, no participa en grupos, no trae/muestra cosas a los demás, no entiende el lenguaje corporal de otros)?

EXPLIQUE:

ACOSO ESCOLAR. ¿Los adultos u otros niños en casa o en la escuela molestan, provocan, se burlan, asustan, lastiman o intimidan a su hijo de manera regular?

Sí No

Explique _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

NIVEL DE DESARROLLO Actualmente, mi hijo actúa/se comporta como si tuviera _____ meses/años de edad

¿Alguna vez le preocupó que el desarrollo de su hijo fuera **más lento** de lo que debería ser (es decir, **va con retraso**)? Sí No

Explique _____

REGRESIÓN. ¿Alguna vez ha tenido su hijo una habilidad que le durase al menos tres meses y luego **perdió completamente esa habilidad**

(por ejemplo, el niño habló frases completas y luego dejó de hablar, el niño caminó de forma independiente y luego dejó de caminar)? Sí No

En caso afirmativo, dicha pérdida ocurrió: Rápidamente (en el transcurso de unos días/semanas) Despacio (en el transcurso de varias semanas/meses)

Explique _____

ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN

INFANCIA

Amamantado por su madre y/o alimentado con leche materna extraída: Sí No En caso afirmativo hasta los _____ días / semanas / meses / años de edad.

Mi hijo tomó *exclusivamente* leche materna (es decir, no tomó fórmula) Sí No

Entre los retos se incluían Dificultad para engancharse, succionar, tragar Escaso suministro de leche

Mi hijo toma/tomó fórmula: Sí No En caso afirmativo, Normal Especial: _____. ¿Por qué? _____

Entre los retos se incluían Dificultad para succionar, tragar Requirió una tetina o biberón especial/modificado

TRANSICIONES

Mi hijo comenzó a tomar sólidos (por ejemplo, cereales de arroz, comida para bebés) a la edad de _____ semanas/meses

Mi hijo comenzó a comer alimentos de mesa a la edad de _____ meses

Mi hijo pasó del pecho/biberón al vaso a la edad de _____ meses

Mi hijo manejó estas transiciones bien con dificultad Explique: _____



Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.

DESAFÍOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Mi hijo es "quisquilloso" para comer: No Si, describa: Estos desafios comenzaron a la edad de semanas / meses / años. Esto ocurrio repentinamente gradualmente. Esto ocurrio con: introduccion de un nuevo alimento o nueva textura del alimento cambio en la salud, el hogar, la familia o el horario Desde entonces, estos desafios alimentarios han mejorado no han cambiado mucho han empeorado Sus alimentos preferidos son consistentes e inalterables inconsistentes e impredecibles dia a dia y semana a semana Durante las comidas, mi hijo: Se retuerce/esta inquieto en exceso en su asiento esta excesivamente distraido, despistado o no presta atencion se va de su asiento pasea alrededor

- llena demasiado su boca traga alimentos solidos sin masticarlos adecuadamente come deprisa rechaza / llora / aparta la comida / tira la comida / tiene berrinches se atraganta / tiene arcadas / tose / vomita / tiene dificultad para respirar cuando le ofrecen sus alimentos preferidos

Luego de comer, mi hijo: tiene una respiracion ruidosa / gorgoteante se atraganta / tiene arcadas / tose / vomita / se queja de acidez o dolor en el pecho Los desafios anteriores ocurren: en casa con todos/algunos cuidadores en la guarderia en la escuela en casa de otros en restaurantes Mi hijo tiene/ha tenido un trastorno del crecimiento, falta de crecimiento, insuficiente aumento de peso, bajo peso o lenta velocidad de crecimiento Mi hijo tiene/ha tenido deficiencia de hierro o anemia ferropenica Mi hijo tiene sobrepeso u obesidad Mi hijo come productos no alimentarios (por ejemplo, papel, suciedad, hielo, jabon, locion) [Nota: no marque la casilla si su hijo solo se mete estos productos en la boca]

RESPUESTA PARENTAL.

Hemos probado las siguientes estrategias para hacer frente a los desafios anteriores: distracciones durante las comidas (por ejemplo, juegos, television) por la fuerza saltar algunas comidas permitir al niño beber más líquidos recompensas / "sobornos" darle sus comidas preferidas darle de comer al niño cuando lo pide castigos persuasión suplementos de alto contenido calórico (aceite, mantequilla, otros) fórmula alta en calorías/especial compensar las comidas

ENTORNO Y HORARIO

¿Quién le da de comer a su hijo? Madre Padre Otros miembros de la familia Escuela Guarderia Enfermera Otro: Mi hijo se alimenta por sí mismo: Siempre A veces Nunca Mi hijo se alimenta por sí mismo utilizando: biberon dedos cuchara tenedor El tiempo de la comida y la merienda es: agradable y placentera desagradable y estresante Las comidas de mi hijo son en los siguientes horarios: Le ofrecemos bocadillos al niño: cuando los pide a cierta hora Mi hijo se despierta por la noche para comer: no si. Yo/nosotros respondo/respondemos a esto de la siguiente manera: Durante las comidas, nuestra familia come: por separado juntos en la mesa Los aparatos electrónicos (television/sistemas de juegos/computadoras) están: encendidos apagados Durante las comidas, mi hijo come: en una sillita alta en una sillita elevadora en una silla en una silla de ruedas en nuestro regazo en el suelo en el sofá caminando por la casa Yo/nosotros ofrecemos/ofrecemos: la misma comida para todos diferentes comidas en función de las preferencias La mejor comida del día para mi hijo normalmente es: el desayuno la comida la cena

DURACIÓN DE LAS COMIDAS.

Cuando le damos sus comidas preferidas, a mi hijo le lleva minutos comer, y se termina la comida: siempre la mayoría de las veces a veces nunca Cuando le damos sus comidas no preferidas, a mi hijo le lleva minutos comer, y se termina la comida: siempre la mayoría de las veces a veces nunca

VÍA. Mi hijo se alimenta por:

- VIA ORAL: amamantado biberon con tetina regular biberon con tetina especial vasito con boquilla (para sorber) pajilla vaso normal SONDA GÁSTRICA: bolo por gravedad/goteo bolo por bomba de infusion infusion continua (frecuencia cc por hora x horas)

DIETA PRINCIPAL. Durante un día normal, mi hijo consume lo siguiente:

Mi hijo come sin gluten/sin caseina bajo en azúcares, sin conservantes o Feingold vegetario/vegano organico dieta paleolitica otros: (Líquidos) leche materna minutos por pecho cada horas o veces al día; veces por noche leche materna extraida oz cada horas o veces por día enriquecida con fórmula (¿qué marca?) oz cada horas o veces al día tazas/oz entera / 2% / 1% / descremada leche de vaca natural leche de vaca chocolateada leche de soja leche de almendra leche de arroz tazas/oz agua sin sabor tazas/oz jugo de frutas, jugo de verduras, Hi-C, Kool-Aid, Gatorade, Mio, Crystal Lite, té, soda (Sólidos) frutas verduras proteína (carne, huevos, legumbres, mantequilla de maní, queso) granos (pasta, pan, cereal, arroz, maíz, patata) (Textura) comida para bebé de primera etapa (puré líquido) comida para bebé de segunda etapa (puré espeso) comida para bebé de tercera etapa (con trozos) alimentos de mesa enteros/picados

SUPLEMENTOS DIETÉTICOS. Complementamos la dieta de nuestro hijo con:

- Multivitaminas (por ejemplo, Flintstones, Poly-vi-sol) hierro megavitaminas B6/B12 calcio/magnesio/zinc ácidos grasos omega-3/aceite de pescado Thick-It / SimplyThick / Thick & Easy / Thixx / cereales de arroz / copos de patata Carnation Breakfast Essentials PediaSure Ensure proteína en polvo otro: extra de mantequilla/crema extra de aceite vegetal aceite de triglicéridos de cadena media (MCT) Polycose / Duocal / Moducal Extractos de frutas o verduras

DEPOSICIONES

Consistencia: Blanda/pastosa Dura/consistente Tamaño/Forma: Tubos/torpedos Pequeñas/bolitas de conejo Grandes/balas de cañon Ha obstruido el inodoro con sus heces (no con papel higiénico) Frecuencia: Mi hijo tiene deposiciones veces al día/semana. Otros: Dolor abdominal aliviado con las deposiciones Mancha la ropa interior Evacuación incompleta/intentos múltiples Fisuras anales/sangrado Llanto/dolor Intentos fallidos Accidentes: Deposición en el suelo/en la ropa Evita/se niega a defecar



Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.

SUEÑO. Cuando era un bebé, mi hijo Dormía bien Dormía mal

Tenemos establecida una rutina para dormir para nuestro hijo: No Sí (En caso afirmativo, responda a las tres casillas siguientes)

- Durante los 60 minutos antes de acostarse, nuestra familia realiza las siguientes actividades:
• La rutina para dormir de mi hijo empieza a las p.m. los días de semana o los días escolares. La rutina para dormir dura minutos/horas.
• La rutina para dormir de mi hijo consiste en:

Mi hijo tiene lo siguiente en su habitación: Televisión/DVD/Blu-ray computadora/tableta/teléfono celular sistema de juegos CD, radio, MP3
Le damos a nuestro hijo el siguiente remedio para dormir a las p.m.: melatonina Benadryl® clonidina trazodona otros:

Tratamos de acostar a nuestro hijo a las p.m. los días de semana o los días escolares. Somos constantes con su hora de acostarse: Sí No

Mi hijo se queda dormido:

- con la televisión/radio/MP3 encendidos leyendo/usando el teléfono celular/usando la tableta con una luz en el techo/en el pasillo/lamparilla encendida
 con chupete/taza/biberón
 en el sofá/piso solo en su cama/cuna en la cama con su hermano en la cama de sus padres en los brazos/el regazo de sus padres

Después de quedarse dormido, mi hijo: permanece donde se quedó dormido duerme en el siguiente lugar:

Normalmente toma minutos/horas en quedarse dormido. Esto es lo habitual: Sí No

Normalmente se queda dormido a las p.m. Esto es lo habitual: Sí No

Si su hijo toma más de 30 minutos para quedarse dormido o si la hora de acostarse es una "batalla", describa:

¿Cómo responde usted a esto? ¿Cómo consigue que su hijo se duerma?

Después de que nuestro hijo se duerme, otros miembros de la familia realizan las siguientes actividades:

Después de dormirse, mi hijo hace lo siguiente: Tiene terrores nocturnos Tiene pesadillas Da patadas, se da la vuelta o se mueve constantemente

Se despierta veces por noche Permanece despierto por min/horas Esto sucede noches por semana/mes

Sale de la cama y come bebe juega sube a la cama de otra persona se queda en la cama de otra persona

Mi hijo duerme: sentado en la cama con la cabeza elevada con la cabeza inclinada hacia atrás

Se orina en la cama después de los 6 o 7 años

Mi hijo tiene/hace lo siguiente: Sudores nocturnos (es decir, empapa las sábanas)

Respira fuerte/alto Ronca ligeramente ruidosamente Ronca casi nunca algunas noches la mayoría de las noches Jadea, hace pausas mientras respira o tiene dificultad para respirar

Mi hijo se despierta: Días entre semana/días escolares a las a.m. Fines de semana/festivos a las a.m. ¿Si se levanta más tarde los fines de semana, está despierto hasta más tarde la noche anterior? Sí No

fácilmente/por sí mismo con una alarma con dificultad/sólo si lo despertamos con dolor de cabeza se queda durmiendo si se le permite

En el siguiente estado de ánimo: bueno/agradable tranquilo/neutral irritable/enojado

Durante el día: Mi hijo duerme siestas. Las siestas duran minutos/horas. Se despierta de la última siesta a las a.m./p.m.

Se queda dormido en el autobús escolar/en la escuela/en el auto en viajes de menos de 20 minutos Se siente cansado, bostezo con frecuencia o se queda dormido en la escuela

PARA USO DE LA CLÍNICA SOLAMENTE: TIEMPO TOTAL DE SUEÑO: horas. TIEMPO RECOMENDADO DE SUEÑO: horas. DÉFICIT DE SUEÑO: horas.

Table with 8 columns: EDAD, 0-3 meses, 4-11 meses, 1-2 años, 3-5 años, 6-13 años, 14-17 años, 18-25 años. Rows: Recomendado, Puede ser apropiado.

TERAPIA/ESCUELA/ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

TERAPIA

Mi hijo recibe/recibió terapia o servicios: Sí No Si sólo en el pasado, indique las fechas: de a

- En caso afirmativo, es: Terapia ocupacional (OT) Terapia física (PT) Terapia del lenguaje (ST) Terapia de la vista

Análisis conductual aplicado (ABA) Especialista del desarrollo Salud Mental/Psicología/Trabajador Social

- Mi hijo recibe la terapia en Casa Guardería/Escuela Clínica/Consultorio

• El proveedor de terapia es un servicio de Intervención Temprana (ECI) Compañía privada

• Cada terapia dura minutos. Mi hijo recibe esta terapia veces a la semana/mes.

• Mi hijo comenzó esta terapia hace semanas/meses/años.

• Creo que la terapia está funcionando Sí No. ¿Por qué no?

ESCUELA

Nuestra familia reside en el Distrito Escolar Independiente de

Mi hijo acude a guardería privada/en casa guardería en grupo

programa Mother's Day Out/grupo de juego preescolar / PPCD (Programa Preescolar para niños Con Discapacidades)

escuela pública escuela privada educación en el hogar escuela pública con confinamiento en el hogar/hospital

Mi hijo está en grado en la escuela

Su aula tiene (indique el número de cada uno): __ maestros de educación general, __ maestros de educación especial, __ ayudantes y __ estudiantes

Exámenes de detección en la escuela: Audición Aprobado No aprobado Visión Aprobado No aprobado

Mi hijo tuvo que repetir un grado: Sí No ¿Qué grado? ¿Por qué?

Mi hijo tiene dificultad con las siguientes asignaturas: lectura escritura ortografía matemáticas

Mi hijo avanzó un grado, está en un programa para niños dotados/talentedos o toma clases preuniversitarias: Sí No En caso afirmativo, explique:

Mi hijo tiene lo siguiente: Programa Educativo Individualizado (IEP)/Revisión, Admisión y Retiro (ARD) (es decir, educación especial) Plan 504 (acomodaciones y modificaciones) Respuesta a la Intervención (RTI)

Califica para esto bajo la clasificación de la escuela de:

Aula de recursos Sistema de enseñanza alternativo (ALE) Dominio del contenido Aula autosuficiente Capacitación en habilidades sociales

Plan de Intervención de Comportamiento (BIP) Ayudante Tutoría Sylvan®, Huntington®, Kumon® u otro centro educativo

Las calificaciones típicas de mi hijo son A B C D F Experto Satisfactorio Insatisfactorio

Las calificaciones actuales de mi hijo son las mismas mejores de lo habitual peores de lo habitual



Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.

Desafíos organizativos. Las tareas de mi hijo con frecuencia: se entregan tarde se entregan incompletas se pierden

Mi hijo hace la tarea en la escuela casa otro: _____

A mi hijo le lleva _____ minutos/horas completar la tarea. Describa cualquier problema durante la tarea: _____

Me reúno con los maestros de mi hijo cada _____ días/semanas/meses

¿Ha sido su hijo suspendido o expulsado de la escuela/guardería? Sí No Explique: _____

Describa los problemas actuales que tiene en la escuela y lo que está haciendo para mejorarlos: _____

¿Está satisfecho con la escuela actual y/o la terapia? Sí No Explique: _____

¿Ha tenido dificultades para acceder a servicios para su hijo? Sí No Explique: _____

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Mi hijo participa/participó en: _____

Disfrutó/disfrutó de estas actividades: Sí No Lo hace/hacia Bien Normal Mal

HISTORIA DEL EMBARAZO

Desconocida o limitada (el niño fue adoptado)

Edad de la madre en el momento del parto: _____ años. ¿Qué número de embarazo fue este para la madre (por ejemplo, primero, segundo, tercero, etc.)?

Abortos u otros problemas antes de este embarazo: _____

El embarazo fue: planeado no planeado.

La concepción se produjo: de forma natural con tecnología de reproducción asistida (por ejemplo, fertilización in vitro, inseminación artificial): _____

Mes del embarazo cuando la madre comenzó el cuidado prenatal (por ejemplo, primero, segundo, etc.): _____

Salud de la madre durante el embarazo: Muy buena Buena Mala Explique: _____

Peso aumentado durante el embarazo: _____ libras

¿Bebió la madre cerveza, vino, bebidas a base de vino, bebidas alcohólicas o consumió drogas en el mes anterior a la comprobación del embarazo?

Sí No

Indique la cantidad de alcohol, drogas ilícitas o cigarrillos consumidos durante el embarazo:

Cantidad y frecuencia

Mes(es) del embarazo

Cerveza, vino, bebidas a base de vino, licor fuerte _____

Cigarrillos _____

Drogas ilícitas, especifique: _____

Indique TODOS los medicamentos con receta o de venta libre/remedios/hierbas consumidos durante el embarazo:

¿Sufrió la madre alguna de las siguientes situaciones durante este embarazo?

Sangrado o manchado vaginal

Incompatibilidad de grupo sanguíneo (por ejemplo, factor Rh o ABO)

Fiebre, erupción cutánea o infección Describa: _____

Ecografía, amniocentesis, prueba de esfuerzo, etc. anormales

Ataques o convulsiones

Infección de transmisión sexual (por ejemplo, gonorrea, clamidia, herpes)

Depresión. ¿Tomó la madre antidepresivos? Enumérelos arriba.

Hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia o toxemia

Escasa pérdida de peso o Pérdida de peso excesiva

Otros problemas: _____

Los movimientos del bebé eran (marque uno): Menos de los esperados Los normales Más de los esperados

Oligohidramnios (poco líquido amniótico) o polihidramnios (demasiado)

Embarazo múltiple (gemelos, trillizos, etc.)

Lesión grave (por ejemplo, accidente en un vehículo de motor, traumatismo) o cirugía

Hospitalización o reposo en cama. ¿Por qué? _____

Diabetes: Gestacional Crónica (previa al embarazo)

Controlada con: Dieta Insulina Otro medicamento

Estrés, preocupaciones, padre ausente

Trauma accidental

Disfunción/problemas familiares, abuso del esposo, problemas conyugales

Cambió o manipuló arena para gatos

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Desconocida o limitada (el niño fue adoptado)

Duración del embarazo _____ semanas/meses

Duración del parto _____ horas

El parto fue (marque uno) Fácil, sin problemas

Difícil (explique)

Espontáneo (natural) Aumentado

Inducido, explique: _____

¿Tuvo lugar alguno de los siguientes problemas **durante el parto o el nacimiento**?

Ruptura prematura de las membranas (rompió aguas temprano)

Problema con la placenta, explique: _____

Fiebre materna

Meconio (contenido intestinal del bebé) en el líquido amniótico

Hemorragia vaginal/uterina anormal/excesiva

Circular de cordón (cordón umbilical envuelto alrededor del cuello)

Trabajo de parto que no progresa (el bebé no bajaba)

Otras complicaciones o problemas (explique): _____

Posición del bebé: Cabeza abajo (cefálica) Piernas, pies o nalgas abajo (de nalgas) Espalda/columna abajo (transversal)

El nacimiento fue: Natural (vaginal) Asistido por fórceps o ventosa obstétrica Cesárea programada Cesárea de emergencia

Puntuación de Apgar del bebé, si se conoce: ____ / ____ **Peso al nacimiento** _____ **lbs** **oz** **Talla:** _____ **in** **Perímetro cefálico:** _____ **cm/in**

PARA USO DE LA CLÍNICA SOLAMENTE: AGA SGA LGA

| | 24 semanas | 26 semanas | 28 semanas | 30 semanas | 32 semanas | 34 semanas | 36 semanas | 38 semanas | 39 semanas | 40 semanas | 42 semanas |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| SGA | 450 (1'0") | 550 (1'3") | 660 (1'7") | 850 (1'14") | 1400 (3'1") | 1800 (3'15") | 2250 (4'15") | 2600 (5'12") | 2750 (6'1") | 2900 (6'6") | 3200 (7'1") |
| LGA | 320 (2'0") | 1250 (2'12") | 1630 (3'9") | 2100 (4'10") | 2300 (5'1") | 2800 (6'3") | 3300 (7'4") | 3800 (8'6") | 4000 (8'13") | 4200 (9'4") | 4650 (10'4") |
| Bajo | 27.5 (10.8") | 30.3 (11.9") | 33 (13") | 35.7 (14.1") | 40 (15.7") | 42.5 (16.7") | 44.5 (17.5") | 46.5 (18.3") | 47.5 (18.7") | 48.5 (19.1") | 50 (19.7") |
| Alto | 36.7 (14.4") | 39.8 (15.7") | 42.4 (16.7") | 45 (17.7") | 46.5 (17.9") | 48 (18.9") | 50 (19.7") | 52 (20.5") | 53 (20.9") | 54 (21.3") | 56 (22") |
| Micro | 19 cm | 21.2 cm | 23 cm | 25 cm | 28 cm | 29.5 cm | 31 cm | 32 cm | 33 cm | 33.5 cm | 34.5 cm |
| Macro | 25 cm | 27.2 cm | 32 cm | 31.2 cm | 29.2 cm | 33.5 cm | 35 cm | 36 cm | 37 cm | 37.5 cm | 38.5 cm |

SGA = Pequeño para la edad gestacional/ LGA = Grande para la edad gestacional

<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/3/13> Fenton. BMC Peds 2003;3:13

HISTORIA NEONATAL Y DE LA PRIMERA INFANCIA

Duración de la estancia hospitalaria de la madre _____ días **Duración de la estancia hospitalaria del bebé** _____ días/semanas/meses

Prueba de audición del recién nacido: Aprobada No aprobada

¿Tuvo lugar alguno de los siguientes problemas **mientras el bebé estaba en el hospital**? (marque en caso afirmativo)

El bebé estuvo en la Sala de neonatos Nivel II (Cuidados especiales) por _____ horas/días

El bebé estuvo en la Sala de neonatos Nivel III (Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)) por _____ horas/días/semanas/meses

Necesitó oxígeno por _____ horas/días/semanas

Con ventilador (máquina de respiración) por _____ horas/días/semanas

Taquipnea transitoria del recién nacido (TTN)

Ataques/convulsiones

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) (pulmones inmaduros)

Ictericia (coloración amarilla en los ojos y piel)

Infecciones/meningitis/fiebre

Fototerapia (luces azules) por _____ horas/días

Antibióticos intravenosos por _____ horas/días

Tono muscular anormal (flácido o rígido)

Problemas de alimentación/succión/enganche

Sangrado en el cerebro o ventrículos (hemorragia intraventricular)

Ecografía cerebral, tomografía computarizada o resonancia magnéticas anormales

Inestabilidad de temperatura (colocado en una Isolette o incubadora)

Transfusión de sangre/anemia severa

Crecimiento deficiente

Bajo nivel de azúcar en sangre

Problema cardíaco: _____

Anomalías congénitas: _____

Cirugía requerida: _____

Problemas oculares (retinopatía del prematuro, cataratas, etc.)

Explique: _____

En los primeros seis meses, el bebé tuvo alguno de los siguientes problemas (marque en caso afirmativo):

Excesivamente tranquilo/soñoliento

Excesivamente hiperactivo o inquieto

Con cólicos/quisquilloso/irritable

Difícil de alimentar (mala succión, escupe, etc.)

Flácido (tono muscular bajo o hipotónico)

Rígido (aumento del tono muscular o espasticidad)

Escaso control de su cabeza (retraso excesivo de la cabeza)

Escaso contacto visual

No le gustaba ser abrazado/cargado

Respuestas/interacciones anormales con las personas

Difícil de tranquilizar o calmar

Problemas del sueño/ronquidos

Otros problemas/preocupaciones

Explique: _____

¿Cómo era el temperamento (disposición, personalidad o estado de ánimo) de su hijo y su alimentación durante el primer año?



Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.

HISTORIA MÉDICA

Mi hijo tiene/tenía las siguientes **enfermedades crónicas y continuas** que requieren atención médica o seguimiento por un especialista:

- Trastorno del espectro autista* TDA/TDAH Discapacidad intelectual (IQ < 70) Discapacidad de aprendizaje (por ejemplo, dislexia)
- Retraso del desarrollo Hipotonía (tono muscular bajo) Parálisis cerebral Epilepsia/trastorno convulsivo
- Disfunción de integración sensorial Trastorno del procesamiento auditivo (central) Trastorno genético/cromosómico: _____
- Problema cardíaco: _____ > 6 infecciones del oído por año Pérdida auditiva/sordera Problemas de los ojos/la visión
- Problemas dentales Asma/Alergias/Eccema Traqueotomía Problemas renales
- Trastorno de alimentación Baja estatura Reflujo gastroesofágico (ERGE) Estreñimiento
- Falta de crecimiento (escaso aumento de peso) Sonda gástrica

* (antes llamados «trastorno autista», «síndrome de Asperger» o «PDD-NOS»)

Explique/Otras: _____

Hospitalizaciones (después de la sala de neonatos/UCIN):

Ninguno

| Fecha/Edad | Motivo | Hospital |
|------------|--------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Operaciones/cirugías:

Ninguno

| Fecha/Edad | Motivo | Hospital |
|------------|--------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Explique: _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez una **lesión grave en la cabeza** (por ejemplo, conmoción cerebral, inconsciencia)? No Sí

Explique: _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez un **hueso roto** o ha requerido **suturas** (puntos)? No Sí Explique: _____

MEDICAMENTOS

Enumere **TODOS LOS MEDICAMENTOS, HIERBAS, VITAMINAS o SUPLEMENTOS** que su hijo toma **ACTUALMENTE A DIARIO o A LARGO PLAZO (> 6 semanas)**

| Nombre del medicamento | Dosis (mg, mL) | Hora de administración | ¿Por cuánto tiempo toma este medicamento? | ¿Por qué se administra este medicamento? | Beneficios. ¿En qué ayuda? | Efectos secundarios |
|------------------------|----------------|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Enumere **TODOS LOS MEDICAMENTOS, HIERBAS, VITAMINAS y SUPLEMENTOS** que su hijo ha tomado **ANTERIORMENTE A DIARIO o A LARGO PLAZO (> 6 semanas)**

| Nombre del medicamento | Dosis (mg, mL) | Hora de administración | ¿Por cuánto tiempo tomó este medicamento? | ¿Por qué se administró este medicamento? | Beneficios. ¿En qué ayudó? Enumere los efectos secundarios. | ¿Por qué dejó de tomarlo? |
|------------------------|----------------|------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¿Ha tenido el niño alguna vez una **reacción alérgica a un medicamento** (por ejemplo, hinchazón de los labios, ronchas grandes y problemas respiratorios)?

No Sí

Explique: _____

¿Está al día de sus **vacunas**? No Sí ¿Ha tenido el niño alguna vez una **reacción potencialmente mortal** a una vacuna? No Sí

Explique: _____

Para el archivado automático, alinee la etiqueta del paciente con la línea inferior.

HISTORIA SOCIAL

NOMBRE DE LA MADRE: _____ Edad: _____ años
 Profesión: _____ Estudios: < Escuela secundaria (*High School*) GED Escuela secundaria Técnico Algunos estudios universitarios
 Grado de asociado Licenciatura Máster Formación profesional
 Estado civil: Casada Separada Divorciada Viuda Soltera Número de matrimonios: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ Edad: _____ años
 Profesión: _____ Estudios: < Escuela secundaria (*High School*) GED Escuela secundaria Técnico Algunos estudios universitarios
 Grado de asociado Licenciatura Máster Formación profesional
 Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Número de matrimonios: _____

¿Quién vive en casa con el niño?

- Madre biológica Padre biológico Otro familiar adulto (por ejemplo, abuelos, tía, tío, etc.)
 Madrastra Padrastro Padre/madre/padres de acogida Padre/madre/padres adoptivo(s)
 Hermanos biológicos (de padre y madre) Hermanastro/a Medio hermano/a Primos, otros niños

Indique los nombres y edades de los hermanos: _____

¿Alguien que vive en su hogar o que lo visita con frecuencia fuma productos de tabaco? Sí No

Hemos vivido en _____, _____ desde _____
CIUDAD ESTADO MES AÑO

Mi hijo está en los siguientes programas:

- Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria, SNAP (Cupones para alimentos) Programa de ayuda temporal
 Medicaid/SSI/MDCP Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

¿Los Servicios de Protección Infantil (CPS) o el Programa de Defensa Familiar (FAP) han estado involucrados con usted o con su familia en algún momento?

- No Sí En caso afirmativo, describa: _____

¿Ha tenido su familia algún factor estresante o problemas importantes desde que su hijo nació o fue adoptado?

- Mudanzas Conflictos en la relación conyugal Enfermedades/muertes Preocupaciones fraternales
 Separaciones Divorcios Alcohol/drogas Otras preocupaciones
 Violencia familiar Abusos Problemas financieros

REVISIÓN DE SISTEMAS

Describa si su hijo tuvo/tiene problemas continuos, recurrentes o frecuentes con cualquiera de las siguientes situaciones *no descritas anteriormente* en este cuestionario.

- Neurológico (cerebro, médula espinal, nervios). Explique:
 Oído, nariz y garganta. Explique:
 Respiratorio (pulmones). Explique:
 Problemas con el ejercicio: desmayos / mareos / dolor torácico / dificultad para respirar / intolerancia al ejercicio
 Tos mientras duerme / tos durante o después de las comidas
 Cardiovascular
 Fiebre reumática
 Palpitaciones / frecuencia cardíaca rápida / latidos extra u omitidos
 Hipertensión arterial
 Soplo cardíaco que no sea inocente, funcional o vibratorio
 Gastrointestinal (si no lo mencionó previamente en el apartado de «deposiciones»). Explique:
 Genitourinario (riñones, vejiga, genitales). Explique:
 Endocrino (tiroides, glándulas, hormonas). Explique:
 Ocular. Explique:
 Músculo-esquelético (articulaciones, huesos, músculos). Explique:
 Problemas en la piel (erupciones cutáneas o lesiones que no sean pecas, lunares pequeños, manchas mongólicas o marcas de la cigüeña).

Explique:

Para el archivado automático, alinee la etiqueta del
naciente con la línea inferior.

HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene o tuvo alguien de la familia alguna de las siguientes opciones? Utilice los siguientes códigos en relación con su hijo:
B = hermano; **S** = hermana; **GF** = abuelo; **GM** = abuela; **AU** = tía; **UN** = tío; **C** = primo hermano. (Ejemplo: GF en la columna "Familia materna" indicaría que el abuelo materno de su hijo tiene/tuvo un problema). **POR FAVOR, DESCRIBA O DE DETALLES.**

Enfermedad

| Enfermedad del niño | Madre biológica | Padre biológico | Hermano/a | Familia materna | Familia paterna |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| Abortos espontáneos | <input type="checkbox"/> | N/A | _____ | _____ | _____ |
| Retraso del desarrollo (por ejemplo, del habla) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Discapacidad de aprendizaje (dislexia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| TDAH (A veces llamado TDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Discapacidad intelectual (IQ < 70) (Anteriormente llamado "retraso mental") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trastorno del espectro autista (Antes llamados «trastorno autista», «síndrome de Asperger» o «PDD-NOS») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Imposibilidad para graduarse de la enseñanza secundaria (¿Esta persona obtuvo un GED o un título universitario?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Agresivo/violento/abusivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trastorno por ansiedad/ataques de pánico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| PTSD (trastorno por estrés postraumático) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Tics o síndrome de Tourette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Depresión (Por favor, especifique si es situacional, postparto o crónica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Psicosis/esquizofrenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Víctima de abuso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Abuso del alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Drogadicción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Intento/consumación de suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Hospitalización psiquiátrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Problemas legales, arrestos, delincuencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Con sobrepeso/obeso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Apnea obstructiva del sueño (¿Necesita esta persona CPAP, BIPAP u oxígeno?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Problemas cardíacos (Incluya solamente ataques al corazón antes de los 35 años, muerte súbita, trastorno del ritmo, evento que requiriese resucitación antes de los 35 años, síndrome de Marfan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Muerte súbita <i>inexplicable</i> (por ejemplo, SIDS, SUDS, SUDEP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trastorno genético/cromosómico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Anomalías congénitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Problemas de las glándulas (por ejemplo, tiroides) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Demencia (por ejemplo, Alzheimer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Ataques/convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Parkinson, temblores, sacudidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Sordera o ceguera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |

Marque estas casillas solamente si la madre o el padre tienen/tenían la enfermedad.

Última actualización 5/DIC/2016