

Información del niño

Primer nombre _____	Segundo nombre / Inicial _____	Apellido _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Genero <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino	Dirección de residencia _____	Lenguaje primario _____	

Preocupaciones Actuales

Describe los problemas por los que usted y su hijo buscan ayuda.

¿Aproximadamente cuándo comenzaron estos problemas?

¿Qué espera que logre la terapia?

Historia educacional

Colocación actual:

Hogar Guardería - días a la semana: _____ Preescolar - días a la semana: _____ Escuela primaria

Información de la Escuela N/A - No aplica

Nombre de escuela _____	Calificación _____	
MAESTRO		
Nombre de pila _____	Segundo nombre / Inicial _____	Apellido _____
Número de teléfono _____	Dirección de correo electrónico _____	
PRINCIPAL		
Primer Nombre _____	Segundo nombre / Inicial _____	Apellido _____
Número de teléfono _____	Dirección de correo electrónico _____	
Programa de Educación Individualizado (IEP)?		¿Plan de adaptaciones 504?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Copia del documento de respaldo del IEP provisto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Copia del documento de respaldo 504 provisto

Situación de vivienda

Con padres Con la familia Con amigos Otro _____

Padre(s)/tutor(es) legal(es)

Primer Nombre	Segundo nombre / Inicial	Apellido
_____	_____	_____
Relacion hacía el niño:		
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía tío
<input type="checkbox"/> Hermano hermana	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Tutor designado por la corte
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	Lenguaje primario
_____	_____	_____
Dirección de residencia (si es una dirección diferente)		
<input type="checkbox"/> Misma dirección que el niño _____		

Primer Nombre	Segundo nombre / Inicial	Apellido
_____	_____	_____
Relacion hacía el niño:		
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía tío
<input type="checkbox"/> Hermano hermana	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Tutor designado por la corte
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	Lenguaje primario
_____	_____	_____
Dirección de residencia (si es una dirección diferente)		
<input type="checkbox"/> Misma dirección que el niño _____		

Contactos de emergencia N/A - No aplica

Nombre de pila	Segundo nombre / Inicial	Apellido
_____	_____	_____
Relacion hacía el niño:		
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía tío
<input type="checkbox"/> Hermano hermana	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo de la familia
Número de teléfono	Lenguaje primario	Permisos
_____	_____	<input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Información verbal <input type="checkbox"/> Información escrita

Nombre de pila	Segundo nombre / Inicial	Apellido
_____	_____	_____
Relacion hacía el niño:		
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía tío
<input type="checkbox"/> Hermano hermana	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo de la familia
Número de teléfono	Lenguaje primario	Permisos
_____	_____	<input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Información verbal <input type="checkbox"/> Información escrita

Orfanato N/A - No aplica

Nombre de agencia		

CONTACTO AGENCIA		
Primer Nombre	Segundo nombre / Inicial	Apellido
_____	_____	_____
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	
_____	_____	

Información del titular de la póliza de seguro principal NA, no tengo seguro medico

Seguro	Política #	Grupo#
_____	_____	_____
Nombre del titular de la póliza	Relación con el paciente	
<input type="checkbox"/> Ser / _____	_____	
<i>Si no es uno mismo:</i>		
Titular de la póliza ss#	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Sexo
_____	_____	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Fecha de vigencia de la cobertura	Médico de atención primaria o grupo	
_____	_____	

Información del titular de la póliza de seguro secundario NA, no tengo seguro medico

Seguro	Política #	Grupo#
_____	_____	_____
Nombre del titular de la póliza	Relación con el paciente	
<input type="checkbox"/> Ser / _____	_____	
<i>Si no es uno mismo:</i>		
Titular de la póliza ss#	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Sexo
_____	_____	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Fecha de vigencia de la cobertura	Médico de atención primaria o grupo	
_____	_____	

Salud general

La salud general del niño es

Excelente Buena Justo Pobre

Alergias N/A - Sin alergias conocidas

Necesita EpiPen	Alergias estacionales	Alergias específicas (enumere todas las alergias conocidas)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	_____

Medicamento N/A - No aplica

Medicamento Específico

Historial de Embarazo y Nacimiento

Duración del embarazo

- Término completo (37 semanas o más) Prematuro tardío (34-37 semanas)
 Moderadamente prematuro (29-33 semanas) Extremadamente prematuro (23-28 semanas)

Peso del niño al nacer

Complicaciones durante el embarazo

- N/A - No aplica Sí (describir) _____

Complicaciones en el nacimiento/parto

- N/A - No aplica Sí (describir) _____

Al nacer:

- Ictericia Respiración dificultosa Oxígeno requerido Alimentado por tubo
 Dificultad para alimentarse Colocado en incubadora/isolet alimentado con leche materna
 alimentado con biberón fuerte chupar Regurgitación frecuente
 Pasó la prueba de audición para recién nacidos

En la UCIN:

- N/A - No aplica Sí (¿cuánto tiempo estuvo el niño en la UCIN?) _____

Historia del desarrollo *Marque "Sí" si el niño está realizando una actividad y la edad comenzó, si se conoce*

	Edad		Edad
Rodando sobre	<input type="checkbox"/> Sí _____	Iniciando a desvestirse	<input type="checkbox"/> Sí _____
Sentarse sin apoyo	<input type="checkbox"/> Sí _____	Empezar a vestirse	<input type="checkbox"/> Sí _____
gateando	<input type="checkbox"/> Sí _____	zapatos de corbata	<input type="checkbox"/> Sí _____
Caminando	<input type="checkbox"/> Sí _____	Usar palabras sueltas	<input type="checkbox"/> Sí _____
Correr	<input type="checkbox"/> Sí _____	Nombrar objetos simples	<input type="checkbox"/> Sí _____
saltando	<input type="checkbox"/> Sí _____	Combinar palabras en frases	<input type="checkbox"/> Sí _____
Subiendo escaleras	<input type="checkbox"/> Sí _____	Hacer/Responder preguntas	<input type="checkbox"/> Sí _____
señalando	<input type="checkbox"/> Sí _____	Participar en una conversación	<input type="checkbox"/> Sí _____
Aplausos	<input type="checkbox"/> Sí _____		

Desarrollo oral *Por favor marque, si corresponde*

- Usachupete/se chupa los dedos el pulgar Come comida de mesa Bebidas de una taza abierta
 usa una pajita Usa una cuchara/tenedor para comer Náuseas/asfixia al comer
 Dificultad para masticar Líquidos espesados
 Quisquilloso con la comida (*explicar*) _____

Dormir

Describir el patrón de sueño del niño.

Historial de condiciones médicas

Condiciones médicas (marque todas las que correspondan)

Anemia	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Coordinación Deteriorada	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Infección	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Anorexia/Bulimia	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de las articulaciones	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Asma	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de riñones	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	piojos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Sangrado	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Pérdida de consciencia	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Intestino/Vejiga	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Daño cerebral	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	macrocefalia	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Cáncer	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	microcefalia	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Diabetes	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Migrañas	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de movimiento	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Mareo	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	SARM	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Tubos para los oídos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Neuropatía	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Problemas endocrinos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Eczema	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Heridas abiertas	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Enuresis/Encopresis	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Neumonía	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Desmayo	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	convulsiones	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Caídas	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Fracturas	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de los senosparanasales	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado	Cambio de peso	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Actual	<input type="checkbox"/> Pasado			

Otras Condiciones Médicas (Por favor especifique)

Especialistas consultados en los últimos 12 meses

- Ortopedista
 Cardiólogo
 Psicólogo/Psiquiatra
 Neurólogo
 Genetista
 Otorrinolaringología
 gastroenterólogo
 Otro _____

Hospitalizaciones

- N/A - No aplica
 Sí (motivo y edad del niño)

Cirugías

- N/A - No aplica
 Sí (motivo y edad del niño)