

# CENTRO AMBULATORIO DE CHILDREN'S SPECIALIZED HOSPITAL

## Cuestionario del Paciente

A medida que avanza por este formulario, si usted piensa que alguna parte del formulario no aplica a su hijo/a puede continuar en las otras partes. Gracias.

### Seccion I – Informacion de Identificacion

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_

Diagnostico/Razon de su visita: \_\_\_\_\_

### Colocacion escolar actual

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Clasificacion \_\_\_\_\_ Ultima Evaluacion de CST \_\_\_\_\_

Terapias actuales recibidas en la Escuela:

( ) Terapia fisica      \_\_\_\_ Si    ( ) \_\_\_\_ No      Frecuencia \_\_\_\_\_

( ) Terapia Ocupacional    \_\_\_\_ Si    ( ) \_\_\_\_ No      Frecuencia \_\_\_\_\_

( ) Terapia del lenguaje    \_\_\_\_ Si    ( ) \_\_\_\_ No      Frecuencia \_\_\_\_\_

( ) Psicologia      \_\_\_\_ Si    ( ) \_\_\_\_ No      Frecuencia \_\_\_\_\_

### Lista de Medicos y sus Direcciones

Pediatra \_\_\_\_\_

Neurologo \_\_\_\_\_

Orthopedico \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Como fue usted referido a Children's Specialized Hospital?

\_\_\_\_\_

Su hijo ha sido registrado con NJ Special Health Services? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si indica que si, Cuando? \_\_\_\_\_ Administrador del caso

\_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales

Nombre	Dosis	Fecha en que comenzo


**Allergias:**

Medicacion \_\_\_\_\_ Comida/Otro \_\_\_\_\_

**Seccion II – Informacion de familia**

Madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento  
\_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento  
\_\_\_\_\_

**Hermanos y otros miembros del hogar:**

Nombre	Relacion al nino	Edad	Problema (si le aplica)

Alguien en el lado de la (madre o padre) de la familia tuvo una enfermedad medica o emocional significativa?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si indica que si, porfavor dar  
detalles \_\_\_\_\_

**Seccion III – antecedentes de embarazo materno**

Veces embarazada \_\_\_\_\_ Perdidas espontaneas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

Salud durante embarazo:

Enfermedad \_\_\_\_\_ Accidentes  
\_\_\_\_\_

Medicacion/Vitaminas  
tomadas \_\_\_\_\_

Drogas/Alcohol/fumar \_\_\_\_\_

Cualquier otras dificultades  
\_\_\_\_\_

Duracion del embarazo (a termino o prematuro) \_\_\_\_\_ Semanas o meses

**Maternidad y parto**

Hospital \_\_\_\_\_ Duracion del parto \_\_\_\_\_

Medicaciones dadas (Si le aplica) \_\_\_\_\_

Problemas \_\_\_\_\_

Parto: Normal \_\_\_\_\_ Inducido \_\_\_\_\_ C-Section \_\_\_\_\_ Problemas en el parto \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento \_\_\_\_\_ Longitud \_\_\_\_\_ Apgars \_\_\_\_\_

Cuidado neonatal:

Guarderia regular \_\_\_\_\_ guarderia de cuidados intensivos \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tenia el nino/a cuando fue a casa? \_\_\_\_\_

Ictericia Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ El bebe nesecito luzes? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El bebe se puso o necesito: (Por favor marcar si o no)

Se puso azul Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tuvo dificultad respiratorias Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Necesito respirador Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Tuvo Convulsion Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medication \_\_\_\_\_

Tuvo temblores musculares Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tuvo sangrado en el cerebro Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cirujias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual tipo? \_\_\_\_\_

Detalles de respuestas arriba \_\_\_\_\_

#### **Seccion IV – Historial Medico y Desarrollo**

Evaluaciones medicas/terapias (Porfavor numere: tipo de evaluacion, medico, facilidad)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento previo de terapia (Numere: tipo de evaluacion, facilidad, y medico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operaciones/Hospitalizaciones (Nemere: Fechas, facilidad, y tipo de facilidad)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedad seria/heridas/perdida de conocimiento (Porfavor indique fecha y episodio)

\_\_\_\_\_

**Seccion V –hitos del Desarrollo**

A lo mejor de su memoria, indique a que edad cumplio su hijo cada uno de los siguientes o ( si no recuerda la fechas), verifique sis u hijo tuvo dificultades.

Habilidades motoras	Edad/ Dificultad	Habla y Alimentacion	Edad/ Dificultad
Levanto su cabeza		Sonrio	
Se sento sin asistencia		Balcueo/ruiditos de bebe	
Gatio en el piso		Juegos :peek-a-boo ( ) jegos de mano ( ) otro ( )	
Se paro por si mismo		Palabras/frases	
Transfiro de mano a mano		Oraciones simples	
Agarro su botella/biberon		Comida de bebe	
Bloques construidos		Comida de mesa	

Habilidades motoras	Edad/ Dificultad	Habla y Alimentacion	Edad/ Dificultad
Uso una cuchara ( ) tenedor ( ) vaso ( )		Bebio de un vaso	
Puso botones ( ) amarro zapatos ( )		Apunto a partes de su cuerpo	
Entrenado usar el bano		Reconocio su cuerpo	
Seco durante la noche		Reconocio formas	
		Reconocio numeros	
		Reconocio letras	

**Seccion IV – Desarrollo/Presente**

Problemas medicos (infecciones del oido, Convulciones, alergias, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vision:** Bien \_\_\_\_\_ pobre \_\_\_\_\_ Formalmente evaluado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ lentes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Escuchando:** Bien \_\_\_\_\_ pobre \_\_\_\_\_ Formalmente evaluado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respondio si,  
Cuando? \_\_\_\_\_

**Dientes:** Bien \_\_\_\_\_ mas o menos \_\_\_\_\_ mal \_\_\_\_\_ Vio al Dentista? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si puso si, Cuando? \_\_\_\_\_

**Dificultades con Alimentacion** \_\_\_\_\_ **Dificultades para comer** \_\_\_\_\_ **Dificultades para evacuar** \_\_\_\_\_

: Normal \_\_\_\_\_ Abnormal \_\_\_\_\_ Coordinacion: Bien \_\_\_\_\_ mas on menos \_\_\_\_\_ Pobre/no bien \_\_\_\_\_

Describe detalles sobre sus respuestas:

---

---

---

Usa ferulas o aparato ortopedicos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respuesta es si, que tipo?

---

Usa equipo especial: ( ) Silla de ruedas ( ) caminante ( ) silla de pararse ( ) Silla del bano ( ) otro \_\_\_\_\_

Patron de conversacion: (ejemplos del habla)

---

---

**Comportamiento/Personalidad** – Marque todo lo que aplique

Nivel de Actividad: ( ) Callado ( ) Normal ( ) Hiperactiva

( ) Cooperativo/a ( ) Confidente ( ) Pone atencion ( ) Sigue direcciones

( ) Entiende lo que le digo ( ) Generalmente Feliz ( ) Se Frustra facilmemte

( ) Otro \_\_\_\_\_

Como interactua contigo:

Hermanos

---

Padre \_\_\_\_\_ Madre

Otros adultos \_\_\_\_\_

Actividades Familiar:

---

---

Lo que no le gusta:

---

Miedos:

---

Como disciplina a su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

Cuales son la areas que le dan mas dificultad en lidear? \_\_\_\_\_

---

Su hijo/a tiene dificultad separandose de usted? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hay otra cosa que usted quiere que sepamos de su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Firma

---

Relacion con el paciente

---

Fecha