



## Cuestionario de ingesta inicial de Fisiatría En Children's Specialized Hospital

**Instrucciones:** Complete cada seccion con cuidado, tome nota de las secciones que requieren la finalizacion del paciente si algo no aplica use N/A para asegurarse de que la pregunta no se haya psado por alto, los cuestionarios completos peuden enviarse por correo electronico a [physiatry@childrens-specialized.org](mailto:physiatry@childrens-specialized.org), fax al (908) 301-5408, o enviado por correo a Children's Specialized Hospital, 150 New Providence Road, Mountainside, NJ 07092, Atencion: Lynn Rizkalla.

**Fecha Completado:**

**Completado por:**

<b>Informacion General de Paciente</b>	
Nombre de paciente: Nombre preferido <i>(if different than given name):</i>	Sexo del Paciente: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Fecha de nacimiento de paciente:	Edad del paciente:                      Altura:                      Peso:
Origen etnico racial del paciente:	
<input type="checkbox"/> Blanco/Caucasico	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano
<input type="checkbox"/> Hispano-Latino	<input type="checkbox"/> Asiatico-Americano
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Otro
Porfavor incluye todo los idiomas hablado en casa:	
Direccion del Paciente:	
Ciudad:	
	State:                      Zip code:
Numero del Paciente #	Correo electronico:
Como te enteraste de nosotros?	

<b>Historia de nacimiento de pacientes</b>	
<b>Informacion Prenatal</b>	
Cuidado prenatal para mama?	Complicaciones en embarazo?
Medicamentos en el Embarazo:	
<input type="checkbox"/> Prescrita	<input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Alucinogenos
<input type="checkbox"/> OTC	<input type="checkbox"/> Opioides <input type="checkbox"/> Otro*:
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Cocaina                      *si respuesta es si, nombre los medicamentos
<input type="checkbox"/> Nicotina	<input type="checkbox"/> MDMA
<b>Perinatal Information</b>	

Nacio a cuanta semanas de gestacion?	Peso de nacimiento:
	Longitud de nacimiento:
<b>Informacion post natal</b>	
NICU: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si respuesta es si, cuanto tiempo fue sue stadia en NICU?
Dias en Hospital (Si es diferente al estado de NICU)	
Ventilador: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hiperbilirrubinemia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fototerapia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otras nota post natal:	

<b>Historia Clinica y Diagnostico del Paciente:</b>	
Direccion de su Medico:	Specialidad:
Ciudad:                      Estado:                      Codigo      Postal:	
Telefono #:	
Correo Electronico:	Fax #:
Rezon de su Visita:	
Diagnosticos? Porfavor enumere abajo:	
<b>Historia Familiar</b>	
Porfavor enumere los miembros con siguiente diagnosticos (i.e. madre, padre, hermana, hermano, materno/paterno Abuela o Abuelo).	
Paralisis Cerebral: Accidente Cerebrovascular: Distrofia Muscular: Multiple Sclerosis: Parkinsons: Sindrome Genetico:	Retraso del desarrollo: Retraso Intellectual: Tono Muscular bajo: Caminar con los dedos de los pies: Otro:
<b>Pruebas de Diagnostico</b>	
Ultrasonido de la Cabeza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Resonancia Magnetica MRI	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
CT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Radiografia de cadera/pelvis mas reciente X-ray	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Radiografia de Columna vertebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Otras Radigrafias	Please list with dates:

EEG	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Prueba genetica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Gait/Movement Anal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Examen de Vison	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
Examen Audicion	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha:
<b>Procedimientos/Cirugias</b>	
Inyecciones previas de toxina botolinim o bloqueos nerviosos de alcohol/fenol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cirugia Ortopedica? En caso afirmativo, Indique la fecha:	
Bomba de Baclofeno para Neurocirugia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, <i>Responde la siguientes pregunatas.</i> Fecha de implantacion: Curujano: Hospital: Ubicacion de la punta del Caterer: Tasa de dosis: Quien llena la Bomba?
Rizotomía dorsal selectiva de neurocirugía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, <i>Responde la siguientes pregunatas.</i>  Fecha de cirugia: Cirujano: Hospital:
Neurocirugía, Estimulador Cerebral Profundo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, <i>Responde la siguientes pregunatas.</i> Fecha de Cirugia: Cirujano: Hospital: Quien lo programa?
Otras Cirugias: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique las cirugias	

### Experiencia del Paciente en Terapias

#### Terapias de Intervencion Temprana

Porfavor marque la caja sis u hijo/hija a recibido o esta recibiendo:

- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Terapia de lenguaje
- DI

<input type="checkbox"/> Otro, indique
<b>Terapias basadas en la escuela</b>
<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje
<b>Outpatient Therapies</b>
Porfavor marque la caja sis u hijo/hija a recibido o esta recibiendo: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje <input type="checkbox"/> Comportamiento  <input type="checkbox"/> Otro, indique
<b>Otras terapias</b>
Porfavor indique:

<b>Proveedores Medicos del Paciente</b>		
<b>Pediatra/ primario</b>		
Nombre:	Specialidad:	
Dirreccion:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono #:	Fax #:	
<b>Fisiatra (Medicina Física y Rehabilitación) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>		
Nombre:	Specialidad:	
Dirreccion del Fisiatra :		
Ciudad:	Estado:	Codigo:
Telefono #:	Fax #:	
<b>Ortopedista Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>		
Nombre:	Specialty:	
Dirección del médico:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono #:	Fax #:	
<b>Neurologo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>		
Nombre:	Specialidad:	
Dirección del médico:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Telefono #:	Fax #:
<b>Neurocirujano:</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	Specialidad:
Dirección del médico:	
Ciudad:	Estado:      Codigo postal:
Telefono #:	Fax #:
<b>Neumólogo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	Specialidad:
Dirección del médico	
Telefono #:	Fax #:
Phone #:	
<b>Gastroenterólogo:</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
ciudad:	
Dirección del medico:	
Telefono #:	
<b>Ophthalmólogo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
Dirección del médico	
Telefono #:	
<b>Urologo:</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
Dirección del medico:	
Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:
Telefono #:	
<b>Nefrólogo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
Dirección del medico:	
Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:
Telefono #:	
<b>Cardiologo</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
Dirección del medico:	
Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:
Telefono #:	
<b>Endocrinologo:</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
Dirección del medico:	
Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:

telefono #:		
<b>Genetico</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre:		
Dirección del medico:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono #:		
<b>Otro</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre:		
Dirección del medico:		
Telefono #:		

## MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

### Medicamentos

	Actualmente	Anterior	Motivo de Interrupcion
Baclofen (Ozobax, Lioresal, Gablofen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tizanidine (Zanaflex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diazepam (Valium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clonazepam (Klonopin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lorazepam (Ativan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dantrium (Dantrolene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carbidopa-Levodopa (Sinemet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bromocriptine (Parlodel, Cycloset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trihexyphenidyl (Artane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benzotropine (Cogentin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetrabenazine (Xenazine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Alergias

Tiene su hijo/a alguna alergia? Si  No

En caso afirmativo, indique

- 
- 
- 
- 

## NECESIDADES DE Aparatos Ortopedicos y Medicos

### Aparatos ortopedicos

<p>Tiene su hijo aparatos ortopedicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Porfavor indique todas la necesidades ortopedicas.</p> <p><input type="checkbox"/> Brazos/Manos</p> <p><input type="checkbox"/> piernas/Pies</p> <p><input type="checkbox"/> Tronco</p> <p><input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello</p>	<p><i>Si respuesta es positiva indique informacion:</i></p> <p>Nombre De Ortopedico:</p> <p>Direccion:</p> <p>Ciudad:                      Estado:                      Codigo Postal:</p> <p>Telefono:</p>
---	---

<input type="checkbox"/> Otro:	
--------------------------------	--

### Equipo Medico

<p>Tiene su hijo/a algun equipo medico?          Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Indique todas las necesidades medicas de su hijo/a</p> <p><input type="checkbox"/> Caminante / Entrenador de la marcha</p> <p><input type="checkbox"/> Stander/parar  <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas/Coche adaptable  <input type="checkbox"/> Silla de actividad/alimentacion  <input type="checkbox"/> Ascensor  <input type="checkbox"/> Cama Specialisada</p> <p><input type="checkbox"/> Silla de baño adaptable</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema de aseo adaptable  <input type="checkbox"/> Asiento Adaptable  <input type="checkbox"/> Aparato de comunicacion  <input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><i>If you <b>checked yes</b> to any of the boxes on the left, please answer the following.</i></p> <p>Nombre del proveedor medico:</p> <p>Direccion:</p> <p>Ciudad:                      Estado:                      Codigo postal:</p> <p>Telefono:</p>
---	--

### Escuela

Nombre y Direccion de su Escuela:	
Nivel de grado actual:	
El paciente a repitido algun grado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si    Grado:
Does the patient have an IEP?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tiene el paciente un plan 504 ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Escenario escolar actual:	<input type="checkbox"/> Clases regular <input type="checkbox"/> Clase autonoma <input type="checkbox"/> Cuarto de recursos <input type="checkbox"/> Escuela Especial
<input type="checkbox"/> Estudios en el Hogar <input type="checkbox"/> Otro:	
Acomodacion actual:	

### SOCIAL

#### Ambiente en el Hogar

Indique cual es su situacion de vivienda:

Casa  Apartamento  Otro:

Cuantos pasos para entrar a su casa?

Cuanto pasos le toma a el paciente llegar al bano?

Cuantos pasos para llegar a habitacion de paciente?

El paciente tiene estacionamiento de discapacitados? Si  No

## Funcion

### Mobilidad

Which best describes your child? Marque todo los que aplique.

- Camina sin asistencia de aparato ortopedico
- Camina con braces
- Camina con aparato ortopedico y/o con caminante asistente
- Camina con aparato ortopedico y/o con muletas
- Camina con entrenador de marcha
- Empuja su silla de ruedas independientemente
- Maneja silla electrica independientemente
- Silla de ruedas empujada por otra persona
- Solo camilla

Cual mejor describe s su hijo/a? Marque uno.

- Camina sin limitaciones
- Camina con limitaciones (e.g. dificultad con caminar largas distancias, necesita silla de ruedas o otro aparato para movilidad para distancias largas en la comunidad, necesita barandilla para subir y bajar las escaleras).
- Camina con andador de manos para soporte en la casa (e.g. muletas, baston, caminante) y usa silla de ruedas independientemente afuera en la comunidad
- Camina con significativo soporte (e.g. entrenador de marcha) y/o usa silla electrica.
- Transportada en silla de ruedas o tiene uso/nivel limitado para silla electrica.

### Abilidades Motoras

Cual mejor describe s su hijo/a? Marque uno.

- Maneja objetos bien y facilmente. Puede necesitar asistencia minima con objetos pequenos, pesados o delicados.  Puede necesitar asistencia minima coordinar entre mano a mano.
- Maneja casi todo objetos pero con una calidad y/o velocidad algo reducida.
- Maneja objetos con dificultad. Necesita ayuda o asistencia con la tarea. Necesita ayuda adicional.
- Maneja una seleccion limitada de objetos faciles de administrar. Necesita ayuda continua con la tarea. Puede participar significativamente solo en partes de una actividad.
- Requiere asistencia total en manejar tarea. Puede participar en movimientos simples.

### Comunicacion



Cual Describe mejor la comunicacion de su hijo? Por favor marque todo lo que corresponda.

- Habla
- Sonidos (como “aaaah” para tomar su atencion)
- Movimientos de las manos o el Cuerpo
- Lenguaje de senas (e.g. American Sign Language)
- libro de comunicacion, tabla, o fotos
- Aparato comunicativo/comunicacion

Cual describe mejor a su hijo/a (usando cualquier modo de comunicacion)? Por favor marque.

- Se comunica bien con familiars y otras personas
- Se Comunica efectivamente pero lentamente
- Se Comunica bien pero solo con personas familiares
- Se Comunica con familiars pero no es constante en espresarse y entender a los demas
- No se puede comunicar

### Alimentacion

Cual mejor describe a su hijo/a?

- Se alimenta independientemente
- Se alimenta con asistencia
- Lo alimenta familiar o cuidador
- Tubo de alimentacion (NGT, GT, JT)

Cual mejor describe a su hijo/a? Por favor escoja uno.

- come y bebe de manera segura y eficiente al mismo tiempo que sus companeros
- Come y bebe de manera segura pero dura mas que los demas
- Come y bebe pero con algunas limitaciones de seguridad (tiene dificultad al morder y masticar trzos grandes de comida)
- Come y bebe con riesgos significantes (riesgos de aspirar (asfixia) pero riesgos son manejable con tecnicas de seguridad)
- no puede comer o beber (alimentacion por el tubo)

Por favor describa la dieta/formula regular de su hijo/a

### Otra actividades del Dia a Dia

Por favor marque el nivel/capacidad de actividades del dia de su hijo/a?

- Vestirse**    Independiente    Requiere Asistencias    Independiente
- Banarse**    Independiente    Requiere Asistencia    Independiente
- Usar el Bano**    Independiente    Requiere Asistencia    Independiente
- Transferirse**    Independiente    Requires Assistance    Independiente

Por favor marque todo lo que aplique a su hijo/a

- Incontinencia instestinal
- constinencia intestinal       Constinencia vesical
- Inconstinencia vesical

## Deportes y Recreacion

Marque todas las actividades y deportes en la cual paticipa su hijo/a

- Educacion fisica regular
- Educacion fisica adaptiva
- Deportes individual
- Deported individual Adaptivos
- Deportes de Equipo
- Deportes de equipo Adaptivos
- Nadar
- Otras actividades recreacionales
- Bicicleta/triciclo