

**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 llenen 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 regulaciones 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 _____	
Formulario completado por (Nombre, relación con paciente):			Cel _____	
NOMBRE DE PADRE / MADRE / TUTOR(A) LEGAL			OCUPACIÓN	EDAD
NOMBRE DEL OTRO PADRE / MADRE / TUTOR(A) LEGAL			OCUPACIÓN	EDAD
			TEL. CEL. / TRABAJO	TEL. CEL. / TRABAJO

Por favor, anote el/los problema(s), pregunta(s) o preocupación(es) que usted tiene con respecto a su hijo(a).

¿Cuál es el problema?

¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando se observó este problema por primera vez?

1.	1.
2.	2.
3.	3.

¿Cómo usted cree que podemos ayudar a su hijo(a)?

¿Qué evento específico le llevó a solicitar una evaluación en estos momentos?

¿Qué cree usted que pudo haber causado el/los problema(s)?

¿Qué ha hecho ya para el/los problema(s) y con qué resultados?

¿Alguna vez su hijo(a) ha recibido tratamiento por problemas de comportamiento / emocionales / del desarrollo?  Sí  No  
¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por quién?

¿Qué tipos de servicios ha recibido su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Medicamentos (por favor, anote): _____ _____	<input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada (IEP) o Plan 504 <input type="checkbox"/> Consejería (dónde): _____	<input type="checkbox"/> Otros (por favor, anote): _____ _____
<b>Por favor, proporcione copias de los registros y/o evaluaciones de estos servicios.</b>	<input type="checkbox"/> Intervención temprana (por favor, anote): _____ _____	<input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas (dónde): _____ _____	<input type="checkbox"/> Ninguno

**HISTORIAL PRENATAL Y DE LA INFANCIA TEMPRANA**

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Fue planeado el embarazo de este(a) niño(a)?  Sí  No¿Alguna dificultad para embarazarse?  ¿A los cuantos meses de embarazo comenzó la atención prenatal? 

Marque cualquier complicación ocurrida durante este embarazo:

<input type="checkbox"/> sangrado	<input type="checkbox"/> sarpullido
<input type="checkbox"/> presión arterial alta	<input type="checkbox"/> estrés
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> hospitalización
<input type="checkbox"/> trauma	<input type="checkbox"/> convulsiones
<input type="checkbox"/> incompatibilidad del factor Rh	<input type="checkbox"/> enfermedades transmitidas sexualmente
<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> otras: <input type="text"/>

Salud de la madre durante el embarazo (marque una):  buena  regular  pobre

Marque cualquier exposición prenatal durante este embarazo:

 Alcohol  Fumar  Drogas ilícitas  Medicamentos  Abuso a la madre
Por favor, anote cualquier medicamento que la madre usó durante este embarazo: Los movimientos del/de la bebé en el 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:

<input type="checkbox"/> cesárea	<input type="checkbox"/> ruptura prematura de membranas	<input type="checkbox"/> otros: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> fórceps	<input type="checkbox"/> falta de progreso del trabajo de parto	
<input type="checkbox"/> asistido con ventosa	<input type="checkbox"/> fiebre materna	
<input type="checkbox"/> oxígeno	<input type="checkbox"/> sangrado anormal	
<input type="checkbox"/> parto de nalgas	<input type="checkbox"/> anomalías observadas al nacer	
<input type="checkbox"/> múltiples	<input type="checkbox"/> estreptococo del grupo B en la madre (GBS, por sus siglas en inglés)	

Puntuaciones APGAR del/de la bebé:  Peso al nacer:  Longitud al nacer:  Circunferencia de la cabeza: 

Marque cualquier preocupación / tratamiento que haya experimentado el/la bebé durante su estancia en el hospital:

<input type="checkbox"/> se le cuidó en la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> infecciones	<input type="checkbox"/> problemas con el crecimiento
<input type="checkbox"/> necesitó oxígeno durante más de 4 horas	<input type="checkbox"/> defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> meningitis	<input type="checkbox"/> ultrasonido o imágenes anormales de la cabeza
<input type="checkbox"/> necesitó respirador artificial	<input type="checkbox"/> transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> enfermedad de la membrana hialina	<input type="checkbox"/> fototerapia
<input type="checkbox"/> ictericia	<input type="checkbox"/> problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> sangrado en el cerebro	<input type="checkbox"/> otros: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> tono muscular anormal	<input type="checkbox"/> problemas con niveles bajos de azúcar en la sangre	

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

<input type="checkbox"/> pasaba demasiado tiempo tranquilo(a) / durmiendo	<input type="checkbox"/> no le gustaba que lo/la cargaran o abrazaran
<input type="checkbox"/> temperamento excesivamente hiperactivo o irritable	<input type="checkbox"/> poco contacto visual
<input type="checkbox"/> cólicos	<input type="checkbox"/> respuesta / interacciones anormales con las personas
<input type="checkbox"/> tono muscular flácido	<input type="checkbox"/> difícil de calmar o consolar
<input type="checkbox"/> poco control de la cabeza	<input type="checkbox"/> tono muscular rígido
	<input type="checkbox"/> otros: <input type="text"/>

Por favor, marque si su hijo(a) tuvo algún problema de alimentación:  con la lactancia materna  con el biberón

Describe:

**HISTORIAL DEL DESARROLLO**

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

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

Sentarse		Jugar a esconderse (peek a boo)		Nombrar todos los colores	
Pararse solo(a)		Leer bastante bien		Comenzar entrenamiento para ir al baño	
Caminar solo(a)		Montar en triciclo		Completar entrenamiento para ir al baño durante el día	
Decir una palabra además de mamá o papá		Montar en bicicleta		Dejar de orinarse en la cama	
Señalar con un dedo		Hablar en oraciones		Vestirse solo(a)	
Beber de un vaso		Contar hasta diez		Comenzar la pubertad (o períodos menstruales)	
Seguir instrucciones básicas (por ejemplo, ven acá, siéntate)		Ser entendido por la mayoría de los adultos		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) (voltearse, sentarse, caminar) fueron:  a tiempo  tempranas  retrasadas¿Ha recibido su hijo(a) algún servicio de la CDSA, de intervención temprana o del programa Birth to Three?  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
Destrezas de motricidad gruesa (lanzar, atrapar, correr, saltar)		
Destrezas sociales (compartir, cooperar, tomar turnos)		
Equilibrio		
Destrezas de motricidad fina (colorear, dibujar, escribir, usar tijeras)		
Aprendizaje		
Habilidades de autoayuda (vestirse, comer, ir al baño, bañarse)		
Comprender instrucciones orales		
Expresarse verbalmente		
Hablar con claridad		

¿A qué nivel de edad se acerca 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 en 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 acostumbrarse, tímido(a) y reservado(a)				
Sentimientos o emociones intensas				
Impredecible y difícil de lograr un horario para dormir, comer, defecar, estados de ánimo				
Estado de ánimo negativo, difícil de complacer, llorón(a), infeliz, quejumbroso(a), irritable				
Le molestan los sonidos, el tacto, la ropa tiene que sentirla 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
	Cambio de apetito		Diarrea		Tics nerviosos
	Pérdida de peso		Náuseas		Movimiento de la lengua
	Aumento de peso		Dolor de estómago		Convulsiones
	Pesadillas / terrores nocturnos		Indigestión		Hablar con mala articulación
	Ronquidos		Defecación accidental		Confusión
	Resequedad en la boca		Accidentes de orinarse en la cama		Dolores de cabeza
	Visión borrosa		Orinarse durante el día		Movimientos anormales
	Dificultad para dormir		Dificultad para permanecer dormido(a)		Despertarse demasiado temprano
					Otros:

**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			Otros:	

**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 descascarada o despegada 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 apartamento o compañeros de juego que reciben seguimiento o tratamiento por envenenamiento con plomo
- Mi hijo(a) ha vivido con un adulto cuyo trabajo o pasatiempo implica la 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, anote cualquier CIRUGÍA pasada (tubos de compensación de presión en los oídos, 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 en el desayuno, el almuerzo, la cena y las meriendas?

¿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

¿Su hijo(a) ha experimentado o presenciado alguno de los siguientes aspectos?	<input type="checkbox"/> Abuso (físico, sexual, verbal)	<input type="checkbox"/> Desastres (guerra, incendio, inundación, huracán, tornado)	<input type="checkbox"/> Violencia / emergencia escolar (disparos, amenaza de bomba, etc.)
	<input type="checkbox"/> Negligencia	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Trauma médico
	<input type="checkbox"/> Accidente grave (carro, bicicleta, etc.)	<input type="checkbox"/> Exposición a la violencia en la comunidad	<input type="checkbox"/> Muerte de un familiar o amigo
	<input type="checkbox"/> Ataque de animales (mordedura de perro, etc.)	<input type="checkbox"/> Intimidación	

Por favor, marque cualquiera de los siguientes eventos que hayan afectado a su familia:	<input type="checkbox"/> Inseguridad alimenticia o de vivienda	<input type="checkbox"/> Enfermedad familiar	<input type="checkbox"/> Discriminación basada en la raza y/o etnicidad, sexo y/o género, orientación sexual
	<input type="checkbox"/> Dificultad para coordinar el cuidado de los niños	<input type="checkbox"/> Enfermedad y/o muerte(s) por COVID-19	<input type="checkbox"/> Separación de los padres del/de la niño(a) (hogares de acogida temporal, encarcelamiento de los padres, despliegue militar)
	<input type="checkbox"/> Pérdida de trabajo	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	

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

- Reporte de abuso o negligencia a CPS
- Investigación de CPS y/o un caso abierto (actual o pasado)
- Niño(a) colocado(a) con un familiar o en un hogar de acogida temporal

- Caso de CPS cerrado y/o reunificación exitosa
- Los derechos de los padres son terminados

Nombre del asistente social asignado:

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 supiéramos sobre su hijo(a)?

### HISTORIAL SOCIAL

<b>Nombre de la madre biológica</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Nivel de educación</b>	<b>Estado civil:</b> <b>Número de matrimonios previos:</b>	<b>Ocupación</b>
<b>Nombre del padre biológico</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Nivel de educación</b>	<b>Estado civil:</b> <b>Número de matrimonios previos:</b>	<b>Ocupación</b>

Por favor, anote todas las personas con las que este(a) niño(a) vive actualmente?

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Parentesco con el/la niño(a)</b>

¿Este(a) niño(a) es adoptado(a)?  Sí  No      ¿A qué edad fue adoptado(a) este(a) niño(a)?  
¿Cuáles fueron las circunstancias de la adopción?

¿Cuáles son las cualidades y los talentos de su hijo(a)?

¿Cuáles son las actividades / pasatiempos favoritos de su hijo(a)?

¿Usted tiene familiares en el área con quien pueda contar para obtener ayuda?  Sí  No

¿Usted tiene amigos en el área con quien pueda contar para obtener ayuda?  Sí  No

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

	Madre biológica	Padre biológico	Hermanos	Familia de la Madre	Familia del Padre
<b>MÉDICO</b>				Por favor, especifique quién:	Por favor, especifique quién:
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 nerviosos					
Trastorno convulsivo / epilepsia					
Enfermedad tiroidea					
Parálisis cerebral					
Problemas auditivos					
Problemas de la vista					
Otros problemas médicos:					
<b>ESCUELA</b>					
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					
<b>SALUD MENTAL</b>					
Alcoholismo / abuso de alcohol					
Trastorno de ansiedad / pánico					
Autismo / síndrome de Asperger					
Depresión bipolar / maníaca					
Demencia / enfermedad de Alzheimer					
Depresión					
Abuso de drogas (¿Qué drogas?)					
Trastorno obsesivo compulsivo					
Esquizofrenia					
Suicidio					
Tratamiento psiquiátrico					
Hospitalizaciones psiquiátricas					
<b>LEGAL</b>					
Agresión o actividad criminal					

**Información adicional:**


---



---



---

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

<b>Escuela:</b>	<b>Grado:</b>	<b>Profesor(a):</b>
¿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"/> Matemática		
¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes problemas de comportamiento en el salón de clases? <input type="checkbox"/> Falta de atención <input type="checkbox"/> Falta de respeto <input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Distracción <input type="checkbox"/> Oposición / Desafiante <input type="checkbox"/> Berrinches <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Hablar excesivamente		
¿Cuáles son sus calificaciones más recientes?		¿Es esto un cambio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus 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, clubs, teatro, exploradores) 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 <sup>er</sup> grado			
2 <sup>o</sup> grado			
3 <sup>er</sup> grado			
4 <sup>o</sup> grado			
5 <sup>o</sup> grado			
6 <sup>o</sup> grado			
7 <sup>o</sup> – 9 <sup>o</sup> grado			
9 <sup>o</sup> – 12 <sup>o</sup> 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 que 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 INTELECTUAL Y RENDIMIENTO) O TIENE UN PROGRAMA DE IEP O 504, POR FAVOR, ADJÚNTELO A ESTE CUESTIONARIO O ENTRÉGUELO CON LOS DOCUMENTOS QUE RECIBIO PARA COMPLETAR ANTES DE SU CITA.**