

FORMULARIO DE INGRESO PARA NUEVOS PACIENTES (de 0 a 5 años de edad)

Complete el formulario **ANTES** de acudir a la primera cita de su hijo. Esto nos ayudará a enfocarnos más en abordar sus inquietudes durante su visita.

Además, si a su hijo le han hecho alguna evaluación en la escuela o en otros centros, por favor traiga la evaluación a su cita para que el médico o la enfermera de nivel avanzado la pueda revisar.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Todos los padres o tutores legales del niño:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____

PROPÓSITO DE LA CONSULTA

¿Por qué está solicitando ayuda para su hijo? Anote sus inquietudes principales:

¿Qué es lo que desea que nuestro centro haga por su hijo o familia?

¿Cuáles intentos ha hecho usted para abordar estos problemas (otros profesionales, medicamentos, terapias)?

HISTORIAL DEL EMBARAZO

¿Estaba la madre bajo el cuidado de un médico? Sí No

¿Consumió la madre cualquiera de lo siguiente durante el embarazo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos/Nicotina | <input type="checkbox"/> Medicamentos: _____ |

Por favor marque la casilla de cualquiera de las siguientes complicaciones que ocurrieron durante el embarazo:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para quedar embarazada | <input type="checkbox"/> Vómito excesivo | <input type="checkbox"/> Aumento anormal de peso |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Necesidad de hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Otra complicación: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Radiografías |

HISTORIAL DEL NACIMIENTO

Peso del bebé al nacer: ___ lbs ___ oz Circunferencia de la cabeza: ___ cm Longitud: _____
 Duración del embarazo: A término Después de término Antes de término, la madre dio a luz en la semana número: _____

Duración de la estadía hospitalaria: Madre: _____ Niño: _____

Por favor marque la casilla de cualquiera de las siguientes complicaciones pertinentes:

- Uso de fórceps
- Cesárea, debido a: _____
- Ictericia
- Problemas respiratorios
- Otras complicaciones: _____
- Permaneció en la Unidad de terapia intensiva neonatal (NICU, por sus siglas en inglés) por _____ semanas
- Los tratamientos recibidos en la NICU incluyeron: _____
- Presentación de las nalgas
- Parto provocado
- Necesidad del uso de oxígeno

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

¿La evaluación de la audición resultó normal? Sí, la fecha en que se realizó: _____ No, _____

¿La evaluación de la vista resultó normal? Sí, la fecha en que se realizó: _____ No, _____

Tiene al corriente sus vacunas: Sí No, le falta: _____

¿Toma actualmente o ha tomado su hijo algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí complete la siguiente tabla:

Nombre del medicamento:	Dosis	Fechas/edades en las que se tomó el medicamento	Razón por la cual se tomó el medicamento	Los efectos secundarios o la razón por la cual se suspendió el medicamento.

Por favor marque la casilla de cualquiera de los siguientes problemas médicos que su hijo ha tenido:

- Utiliza lentes o lentes de contacto
- Asma
- Diabetes y la Enfermedad del reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés)
- Utiliza un dispositivo auditivo
- Alergias estacionales
- Dolores estomacales
- Lesiones en la cabeza
- Infecciones de los oídos
- Estreñimiento
- Dolores de cabeza frecuentes
- Sinusitis
- Diarrea
- Convulsiones
- Apnea obstructiva del sueño
- Cambios de peso
- Tics vocales o motrices
- Problemas dentales
- Falta de apetito
- Resfriados frecuentes
- Soplo cardíaco
- Hernia
- Presión arterial alta
- Problema tiroideo

- Eccema
 - Grandes manchas de nacimiento
 - Múltiples manchas de nacimiento
 - Cirugías, las fechas en las que se realizaron: _____ Razones por las cuales se realizaron: _____
 - Hospitalizaciones, las fechas en las que ocurrieron: _____ Razones por las cuales ocurrieron: _____
 - Otro problema médico: _____
- Dislocación
 - Huesos rotos
 - Escoliosis
 - Pies planos
 - Dolor óseo
- Dolor, sitio: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Desarrollo del habla

¿A qué edad hizo su hijo lo siguiente?

- | | |
|---|--|
| _____ Decir sus primeras palabras | _____ Decir oraciones de 2 a 3 palabras (2 años de edad) |
| _____ Decir varias palabras a parte de “mamá” y papá”
1 año de edad) | _____ Formar oraciones largas |
| _____ Decir de 5 a 7 palabras adicionales (18 meses de edad) | |

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Puede seguir su hijo indicaciones de un único paso? | Sí | No |
| ¿Puede seguir su hijo indicaciones de múltiples pasos? | Sí | No |

Describa las destrezas de lenguaje actuales de su hijo: _____

Desarrollo motriz

¿A qué edad hizo su hijo lo siguiente?

- | | | |
|---|---|--|
| _____ Rodar (de 3 a 5 meses) | _____ Caminar (de 11 a 16 meses) | _____ Montar en bicicleta (de 5 a 6 años de edad) |
| _____ Sentarse sin ayuda (de 5 a 7 meses) | _____ Correr (2 años de edad) | _____ Lanzar una pelota por encima de la cabeza (4 años de edad) |
| _____ Gatear (de 6 a 8 meses) | _____ Montar en triciclo (3 años de edad) | |

¿Tiene usted alguna inquietud respecto a las destrezas motrices de su hijo? _____

Destrezas de autoayuda/la vida cotidiana

¿A qué edad hizo su hijo lo siguiente?

- | | | |
|--|---|--|
| _____ Utilizar un vaso sin ayuda (1 año de edad) | _____ Desvestirse solo (2 años de edad) | _____ Abrocharse (3 años de edad) |
| _____ Utilizar una cuchara (de 1 a 2 años de edad) | _____ Vestirse solo (3 años de edad) | _____ Amarrarse las cintas de los zapatos (5 años de edad) |
| _____ Utilizar un tenedor (de 2 a 3 años de edad) | _____ Desabrocharse (3 años de edad) | |

¿Tiene usted alguna inquietud respecto a la alimentación de su hijo?

Sí, la razón por la cual tiene la inquietud: _____ No

A qué edad aprendió su hijo ir al baño solo para tener:

Control de las evacuaciones Durante el día: _____ Durante la noche: _____ Aún no tiene control
Control de la vejiga Durante el día: _____ Durante la noche: _____ Aún no tiene control

Desarrollo social/emocional

Describa la calidad de apego de su hijo con...

La madre _____ El padre _____

¿Tiene su hijo dificultad para llevarse bien con...

Los padres? Sí No Otros niños? Sí No

Los hermanos? Sí No

¿Tiene su hijo un problema de identidad de género? Sí No

HISTORIAL DE LA CONDUCTA

Describa la personalidad y el estado de ánimo general de su hijo: _____

¿Cuántas rabietas tiene su hijo: _____ al día _____ a la semana

¿Tiene su hijo comportamientos agresivos? (golpear, patear, etc...)? Sí: _____ No

¿Cuáles situaciones suelen causar que su hijo tenga una rabietas o que actúe de forma agresiva? _____

¿Qué tipos de estrategias de disciplina ha intentado utilizar usted para abordar la conducta anteriormente mencionada?

¿Ha cambiado o empeorado la conducta de su hijo? Sí: _____ No

¿Tiene su hijo dificultad para seguir las reglas de casa? Sí No

¿Dice su hijo mentiras? Sí No

¿Roba su hijo cosas? Sí No

¿Aparenta su hijo estar ansioso o nervioso a menudo? Sí No

¿Tiene su hijo algún miedo o fobia? Sí: _____ No

¿Aparenta su hijo tener dificultad para concentrarse/enfocarse? Sí No

¿Aparenta su hijo ser más activo/impulsivo que otros niños de su edad? Sí No

¿Tiene su hijo algún hábito fuera de lo común? Sí: _____ No

Mi hijo **prefiere** jugar: a solas con amigos/la familia disfruta jugando de las dos formas

¿Tiene usted alguna inquietud sobre cómo juega su hijo con los demás? Sí: _____ No

HISTORIAL ESCOLAR

Nombre de la escuela: _____ Año escolar: _____

Describa la experiencia preescolar de su hijo: _____

¿A su hijo le gusta la escuela? Sí No, porque _____

¿Tiene su hijo dificultad para hacer la tarea? Sí: _____ No

¿Tiene usted alguna inquietud respecto al aprendizaje de su hijo? Sí: _____ No

¿Qué es lo que dicen los maestros de su hijo? _____

Por favor marque la casilla de cualquiera de las siguientes ayudas que su hijo ha recibido:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modificaciones incluidas en un Plan 504 | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica | <input type="checkbox"/> Educación física modificada |
| <input type="checkbox"/> Equipo de estudio para el estudiante (SST, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Clase especial diurna | <input type="checkbox"/> Asesoría |
| <input type="checkbox"/> Programa de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Programa de especialistas en recursos (RSP, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Destrezas sociales |
| | <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Instrucción en grupos pequeños |
| | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Asistencia individual |
| | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Plan de apoyo conductual |

OTROS SERVICIOS

¿Es cliente su hijo del Centro regional?: Sí, y recibe: _____ No

¿Está recibiendo su hijo terapia por medio de los Servicios para los niños de California (CCS, por sus siglas en inglés)?
Sí: _____ No

¿Está recibiendo su hijo alguna terapia por medio de su seguro médico? Sí: _____ No

¿Está recibiendo su hijo asesoría? Sí: _____ No

HISTORIAL DEL SUEÑO

¿A qué hora acuesta a su hijo? _____ p.m.

¿Comparte su hijo una recámara con otro miembro de la familia? Sí No

¿Necesita su hijo que otra persona esté en la recámara/cama para poder dormir? Sí No

Desde la hora que acuesta a su hijo, ¿cuánto tiempo dura para que se quede dormido? _____

¿Qué hace su hijo durante este tiempo? _____

¿Hay un televisor en la recámara de su hijo? Sí No

¿Tiene encendido el televisor mientras su hijo está en la cama tratando de quedarse dormido? Sí No

Por lo general, ¿duerme su hijo toda la noche? Sí No

¿Ronca su hijo? Sí No A veces

Por favor marque la casilla de cualquiera de los siguientes problemas que su hijo tiene:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Rechinamiento de dientes |
| <input type="checkbox"/> Hablar dormido | <input type="checkbox"/> Pesadillas/Terrores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse dormido | <input type="checkbox"/> Movimientos constantes de las piernas o del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Resoplido/jadeo | <input type="checkbox"/> Otro problema _____ |

¿Toma su hijo siestas durante el día? Sí, de _____ a _____ No

¿Aparenta su hijo estar soñoliento durante el día como si no durmiera bien? Sí No

HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL

Marque la casilla de cualquiera de lo siguiente del cual su hijo ha sido una víctima o testigo:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> Negligencia | <input type="checkbox"/> Abuso físico |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|

Si marcó cualquiera de las casillas anteriores, por favor dé más detalles: _____

Por favor marque la casilla de cualquiera de las siguientes dinámicas familiares que sean pertinentes:

- Los padres están separados, la fecha en que ocurrió: _____
- Los padres están divorciados, la fecha en que ocurrió: _____
- Padre soltero (el otro padre no participa en el cuidado del hijo)
- Hijo adoptivo
- Crianza temporal (en el pasado o presente), la fecha en que ocurrió: _____
- Remisión al Departamento de servicios para los niños y la familia (en el pasado o presente), la fecha de la remisión: _____
- Fallecimiento: _____
- Evento traumático: _____
- Mudanzas: _____
- Pérdidas: _____

Si los padres están separados o divorciados, ¿cuál es el acuerdo respecto a la tutela del hijo?

Tutela física: Compartida Exclusiva: _____

Tutela legal: Compartida Exclusiva: _____

Horario/frecuencia de visitación: _____

Por favor anote cualquier persona que vive actualmente en su casa:

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente	Problemas de salud, si existe alguno

Antecedentes familiares de cualquiera de las siguientes afecciones (marque todo lo que sea pertinente. Incluya el parentesco con el paciente):

- Afección genética: _____
- Defectos de nacimiento: _____
- Ceguera: _____
- Sordera: _____
- Discapacidad intelectual/Retraso mental: _____
- Retrasos del desarrollo: _____
- Retrasos del habla: _____
- Problemas de aprendizaje: _____
- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés): _____
- Convulsiones: _____
- Depresión: _____
- Trastorno bipolar: _____
- Trastorno de ansiedad: _____
- Esquizofrenia: _____
- Enfermedad de lupus sistémico: _____
- Artritis: _____
- Enfermedad tiroidea: _____
- Fibromialgia: _____
- Migrañas: _____
- Enfermedad de Parkinson/Temblores/Trastornos del movimiento: _____
- Menopausia que inició a los 40 años de edad o más temprano (50 años de edad es lo normal): _____
- Abuso de sustancias (Alcohol, drogas): _____

Matrimonio intrafamiliar (ascendencia en común): _____

Otra afección: _____

Historial de la madre biológica

Trabajo: _____ Problemas médicos: _____ Nivel más alto de estudios completados: _____

Recibió ayuda en la escuela: Sí, _____ No

Problemas de aprendizaje: Sí, _____ No

Problemas de conducta: Sí, _____ No

Ambiente infantil (abuso, enfermedades, etc...): _____

Historial del padre biológico

Trabajo: _____ Problemas médicos: _____ Nivel más alto de estudios completados: _____

Recibió ayuda en la escuela: Sí, _____ No

Problemas de aprendizaje: Sí, _____ No

Problemas de conducta: Sí, _____ No

Ambiente infantil (abuso, enfermedades, etc...): _____

Historial de la madrastra, madre de crianza o madre adoptiva (si es pertinente)

Trabajo: _____ Problemas médicos: _____ Nivel más alto de estudios completados: _____

Recibió ayuda en la escuela: Sí, _____ No

Problemas de aprendizaje: Sí, _____ No

Problemas de conducta: Sí, _____ No

Ambiente infantil (abuso, enfermedades, etc...): _____

Historial del padrastro, padre de crianza o padre adoptivo (si es pertinente)

Trabajo: _____ Problemas médicos: _____ Nivel más alto de estudios completados: _____

Recibió ayuda en la escuela: Sí, _____ No

Problemas de aprendizaje: Sí, _____ No

Problemas de conducta: Sí, _____ No

Ambiente infantil (abuso, enfermedades, etc...): _____

FIRMA DE QUIEN COMPLETÓ EL FORMULARIO

Firma del padre/tutor que completó este formulario

Fecha

Por favor devuelva este formulario de una de los siguientes métodos:

1. Correo electrónico: naguilar@memorialcare.org

2. Por fax: (562) 728 – 5051

3. Correo: Stramski Children's Developmental Center

2651 Elm Ave., Suite 205

Long Beach, CA 90806

¡GRACIAS! ESPERAMOS PODER SERVIR A SU FAMILIA EN UN FUTURO.