

FORMULARIO DE INGRESO PARA NUEVOS PACIENTES (de 6 a 21 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?

Alcohol Drogas: _____

Cigarrillos/Nicotina Medicamentos: _____

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

Dificultad para quedar embarazada Vómito excesivo Aumento anormal de peso

Sangrado Infecciones Necesidad de hospitalización

Radiografías: _____ Otra complicación: _____

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:

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

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: _____

Última visita con el dentista: _____

¿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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utiliza lentes o lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño |
| <input type="checkbox"/> Utiliza un dispositivo auditivo | <input type="checkbox"/> Tics vocales o motrices | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Problema tiroideo |
| | <input type="checkbox"/> Infecciones de los oídos | <input type="checkbox"/> Diabetes y la Enfermedad del reflujo gastroesofágico |
| | <input type="checkbox"/> Sinusitis | |

- (GERD, por sus siglas en inglés)
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores estomacales | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Huesos rotos |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Grandes manchas de nacimiento | <input type="checkbox"/> Pies planos |
| <input type="checkbox"/> Cambios de peso | <input type="checkbox"/> Múltiples manchas de nacimiento | <input type="checkbox"/> Dolor óseo |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Dislocación | <input type="checkbox"/> Dolor, sitio: _____ |
- 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: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Desarrollo del habla

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Tuvo su hijo algún retraso en alcanzar sus hitos del habla y del lenguaje? | Sí | No |
| ¿Tiene usted alguna inquietud respecto a las destrezas de comunicación de su hijo ahora? | Sí | No |
| ¿Alguna vez recibió su hijo terapia del habla? | Sí | No |

Desarrollo motriz

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Tuvo su hijo algún retraso en alcanzar sus hitos del desarrollo motriz? | Sí | No |
| ¿Tiene usted alguna inquietud respecto a las destrezas motrices de su hijo ahora? | Sí | No |
| ¿Alguna vez recibió su hijo fisioterapia o terapia ocupacional? | Sí | No |

Destrezas de autoayuda/la vida cotidiana

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Tiene su hijo algún problema con las destrezas de autoayuda (ir al baño, alimentación, bañarse, etc.)? | Sí | No |
|---|----|----|

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 recamara con otro miembro de la familia? Sí No
- ¿Necesita su hijo que otra persona esté en la recamara/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 recamara 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"/> Dificultad para quedarse dormido |
| <input type="checkbox"/> Hablar dormido | <input type="checkbox"/> Pesadillas/Terrores nocturnos | |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño (resoplido, jadeo) | <input type="checkbox"/> Movimientos constantes de las piernas o del cuerpo | |
| <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:

- Abuso sexual Negligencia 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:

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

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

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.