

TERAPIA OCUPACIONAL Y FÍSICA PEDIÁTRICAS

Formulario para el padre o tutor. Favor de completar y entregar estas hojas a la hora de su primera cita.

IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Ciudad, estado _____ Código postal _____

Padre/Tutor _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo: _____

Sexo _____ Edad _____

Remitido por _____ Pediatra _____

Teléfono _____

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Describa el problema de movimiento, coordinación motora, autoayuda, alimentación, rendimiento escolar, etc., de su niño _____

¿Cuándo y cómo se dio cuenta usted del problema? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres	Nombre	Edad	Ocupación	Antecedentes escolares (opcional)
--------	--------	------	-----------	--------------------------------------

Madre _____

Padre _____

¿Quién se encarga del cuidado diario del niño? _____

Otros niños en la familia

Nombre	Edad	Escuela	Parentesco
--------	------	---------	------------

¿Fue adoptado este niño? _____ De ser así, ¿cuándo? _____

Otros adultos que vivan en la casa

Nombre	Edad	Nivel escolar completado	Relación o Parentesco
--------	------	-----------------------------	--------------------------

Persona/s que cuidan al niño durante el día: padre_____ madre_____ niñera_____
 guardería_____ familiar_____ canguro (*babysitter*) _____ otro_____

¿Ha tenido alguien en su familia...?: (favor de describir)

Problemas del habla o lenguaje_____

Retraso del habla o de las habilidades motrices_____

Convulsiones_____

Problemas de comportamiento_____

Problemas de aprendizaje_____

Enfermedades crónicas_____

Alergias_____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y DEL DESARROLLO

Embarazo

(marque su respuesta con un círculo)

¿Cuántos niños hay en su familia?

1 2 3 4 5 6

¿Cuál embarazo fue este niño?

1 2 3 4 5 6

Durante su embarazo con este niño: (favor de contestar sí, no o no sé)

hubo incompatibilidad de sangre_____ tuvo toxemia_____

tuvo diabetes_____ abusó de drogas u otras sustancias_____

fumó_____ tuvo un parto temprano_____

se enfermó_____

tomó medicamentos_____

sufrió lesiones o heridas_____

sangró_____

Otro_____

hubo algo que se consideró anormal_____

Parto

¿Nació este niño prematuramente?_____ De ser así, ¿por cuántas semanas?_____

Marque todo lo que aplique:

Parto normal_____ Cesárea_____ De nalgas /podálico_____ Otro_____

Peso al nacer_____ Puntaje Apgar_____

¿Hubo complicaciones durante el parto? Describa_____

Recién nacido

Durante el primer mes su niño:

tuvo ictericia_____ fue hospitalizado_____ requirió reanimación cardiopulmonar_____

estuvo en incubadora_____

fue alimentado por una sonda_____ estuvo sedado_____

De ser así, ¿por cuánto tiempo?_____

Problemas durante el primer mes (describa)_____

Primera infancia

	Normal	Menos de lo normal	Más de lo normal
Aumentaba de peso	_____	_____	_____
Comía	_____	_____	_____
Lloraba	_____	_____	_____
Dormía	_____	_____	_____
Nivel de actividad	_____	_____	_____
Daba abrazos	_____	_____	_____

Logros importantes en el desarrollo (indique la edad)

Sentarse solo _____ Voltearse _____
 Gatear _____ Pararse solo _____
 Caminar solo _____ Correr _____
 Primeras comidas de bebé _____ Comer con los dedos _____
 Sostener su biberón _____ Tomar de una taza solo _____
 Desvestirse _____ Vestirse con ayuda _____
 Ir al baño: aguantarse las ganas de orinar _____ Aguantarse las ganas de hacer del baño _____
 no orinarse en la noche _____
 ¿Tuvo usted alguna inquietud sobre el crecimiento físico o mental de su niño durante los primeros 18 meses? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Favor de indicar la edad a la que se enfermó.

Sarampión/Paperas/Rubéola _____
 Encefalitis _____
 Infecciones de las vías respiratorias superiores _____ Meningitis _____
 Varicela _____ Envenenamiento _____
 Fractura _____ Concusión _____
 Convulsiones _____ Infecciones de oído _____
 Alergias _____ Neumonía _____
 Otro _____

Describa el estado de salud en general de su niño _____

En la actualidad, ¿recibe el niño algún tratamiento médico o toma medicina? De ser así, favor de describir. _____

¿Tiene el niño alguno de los siguientes? Favor de marcar y describir lo que aplique.

Defecto en la vista _____ Anteojos _____
 Defecto en la audición _____ Audífono/s _____
 Aparato para caminar _____ Silla de ruedas _____
 Dispositivo ortopédico o tablilla _____ Sonda gástrica de alimentación u ostomía _____
 Defectos físicos o en las extremidades _____
 Paladar hendido o defecto en el labio, mejillas, mandíbula, lengua _____
 Problemas emocionales o de comportamiento _____
 Otro _____

¿Ha atendido otro especialista a su niño? De ser así, anote el nombre del especialista, la edad del niño cuando lo atendió y el propósito de la consulta/s. _____

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Se lleva bien su hijo con los demás niños? _____

¿Qué edad tienen los amigos con quién más juega? _____

¿Juega solo así como con otros niños? _____

¿Tiene su niño algún problema de comportamiento? De ser así, favor de describirlo.
en la casa _____
en la escuela o la guardería _____
en el vecindario _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

Anote las escuelas a las que ha ido su niño, incluyendo los programas preescolares.

Escuela	Ubicación	Fechas & Grados/Años
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marque su nivel actual: Preescolar Kinder 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Puntos fuertes de su niño en la escuela _____

Inquietudes respecto al rendimiento escolar del niño _____

¿Participa su niño en alguna actividad especial o después de la escuela (música, arte, natación, equitación, deportes, grupo infantil)? _____

RESUMEN

Favor de marcar los factores que, a su parecer, posiblemente causen o contribuyan a los problemas de su niño. Marque todos los factores que usted haya observado.

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Problemas de audición _____ | Testarudez _____ |
| Problemas de la vista _____ | Trastornos alimenticios _____ |
| Parálisis cerebral _____ | Problemas médicos _____ |
| Convulsiones _____ | Retraso mental _____ |
| Prematurez _____ | Patrón familiar _____ |
| Trastornos neurológicos _____ | Falta de práctica _____ |
| Problemas ambientales _____ | Problemas con sus hermanos _____ |
| Falta de estimulación apropiada _____ | Trastornos emocionales _____ |

Problemas de comportamiento _____ Otro _____

En este momento, ¿cuál es la inquietud más grande que usted tiene respecto a su niño?
¿Qué preguntas en particular quiere hacer usted durante la evaluación? Favor de elaborar.

Nombre de la persona que completa este formulario

Fecha

Parentesco con el niño

NOTAS