

**Formulario de antecedentes y remisiones
Clínica de pediatría del desarrollo y conductual**

Gracias por considerar nuestra clínica como un lugar para el cuidado de su familia. Rellene el siguiente formulario de la forma más completa posible. Nuestro personal de ingreso revisará su documentación y determinará si nuestra clínica es el mejor lugar para ayudar al niño antes de ponerse en contacto con usted para la programación o los recursos.

Envíe el formulario completado por fax al 833-969-0131 o por correo electrónico a DBPediatrics@wustl.edu. Si tiene alguna pregunta, llame al 314-454-6300.

Información del niño/paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

El mejor número de contacto: _____ ¿De quién es este número? _____

¿Con quién vive el niño? _____ Relación con el niño: _____

¿Es este el tutor legal del niño? _____ En caso negativo, ¿quién es? _____

Idiomas que habla el niño: _____

Otros idiomas que se hablan en el hogar: _____

¿Usted necesitará un traductor? Sí/No ¿Qué idioma debe hablar el traductor? _____

Información de los padres/tutores

Nombre completo del padre/tutor: _____

El mejor número de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Nombre completo de la madre/tutor: _____

El mejor número de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Los padres est á n/son (marque con un c ículo):

- Casados / Separados / Divorciados / Viudos / Solteros

Si los padres est á n divorciados, qui á n tiene la custodia legal (marque con un c ículo): Madre / Padre / Compartida / Otro

- Si es otro, especifique: _____
- Si los padres est á n separados o divorciados, ¿hay alg ú n desacuerdo sobre si el ni ñ o debe recibir servicios cl ínicos a trav é s de nuestro departamento? S í/No
- Si los padres est á n separados o divorciados, ¿existe un plan de crianza ordenado por un tribunal o una sentencia de divorcio que establezca los derechos de los padres en relaci ó n con la atenci ó n m é dica del ni ñ o? S í/No
- ¿Usted tiene previsto utilizar esta evaluaci ó n en alg ú n procedimiento legal? S í/No
- ***Proporcione documentaci ó n sobre la custodia; es posible que no podamos evaluar al ni ñ o a menos que la hayamos recibido.***
- Si los padres est á n divorciados o separados, ¿con qu é frecuencia visita el ni ñ o al padre con quien no vive?

- ¿El ni ñ o est á en acogida temporal? S í/No
- ¿El ni ñ o es adoptado? S í/No
 - o En caso afirmativo, proporcione toda la informaci ó n que pueda sobre los padres biol ógicos:

 - o Si es un ni ñ o en acogida temporal o adoptado, ¿cu á nto tiempo lleva el ni ñ o en su casa?

 - o Si es un ni ñ o en acogida temporal o adoptado, ¿el ni ñ o es consciente de que est á en acogida temporal o de que es adoptado? S í/No

Antecedentes de remisiones (sea lo m á s ESPEC ÍFICO posible):

1. ¿Qui á n remiti ó al ni ñ o a esta cl ínica? _____
2. ¿Por qu é lo remitieron a usted a esta cl ínica? _____

Marque las siguientes razones por las que est á interesado en una evaluaci ó n:

- Evaluar los problemas de atenci ó n o hiperactividad del ni ñ o
- Evaluar los problemas de aprendizaje del ni ñ o
- Evaluar los retrasos en el desarrollo del ni ñ o (habilidades ling ü ísticas, motrices, sociales)
- Evaluar para determinar si el ni ñ o tiene un trastorno del espectro autista

- Evaluar la ansiedad
- Problemas generales de conducta
- Consulta sobre medicación
- Para una segunda opinión del diagnóstico del niño, que es: _____

3. En el espacio a continuación, enumere las principales preocupaciones que tiene sobre el niño y lo que espera obtener de esta visita:

4. ¿Cuándo empezaron estos problemas? _____

5. ¿Qué ayuda a mejorar los problemas? _____

6. ¿Qué los empeora? _____

7. ¿El niño ha recibido una evaluación o tratamiento para estos problemas anteriormente? Sí/No

○ En caso afirmativo, ¿cuándo y con quién? _____

PROPORCIONE UNA COPIA DE CUALQUIER EVALUACIÓN ANTERIOR, INCLUYENDO LAS EVALUACIONES ESCOLARES.

○ ¿Cuál fue el diagnóstico del niño en esa evaluación? _____

○ ¿En la escuela del niño tienen alguna preocupación sobre su conducta (aunque no se le haya evaluado)? Sí/No.

En caso afirmativo, explique (es decir, cuáles son las preocupaciones, cuándo empezaron).

Breves antecedentes familiares:

- ¿Algún miembro de la familia del niño ha experimentado lo siguiente?

			Quién (relación con el niño)	
Problemas del habla o del lenguaje	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no _____
Repetir el curso en la escuela	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no _____
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no _____
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no _____

Nombre del paciente: _____

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|----------|
| Autismo | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Trastorno gen ético | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Suicidio o intento de suicidio | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Depresi ón | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Diagn óstico de enfermedad man íaco-depresiva | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |
| Enfermedad neurol ógica/trastorno neurol ógico | <input type="checkbox"/> | s í | <input type="checkbox"/> | no _____ |

- Indique a cualquier miembro de la familia que sea zurdo o ambidextro (predominio mixto):

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Antecedentes de embarazo y nacimiento:

A. Embarazo y parto: si es posible, esta secci ón debe ser completada por la madre del ni ño.

Duraci ón del embarazo (¿cu ántas semanas/meses?) _____

¿Asisti ó regularmente a la atenci ón prenatal? S í/No

Edad de la madre cuando naci ó el ni ño _____

Peso del ni ño al nacer _____

El parto fue por: Parto vaginal/ces área

¿Se utilizaron fórceps? S í/No

¿Fue un parto de nalgas? S í/No

Duraci ón del trabajo de parto _____

Problemas en el parto S í/No

(En caso afirmativo, describa; por ejemplo, ces área de emergencia, ritmo card íaco lento, fiebre, cord ón alrededor del cuello, etc.)

B. Salud de la madre biol ógica durante el embarazo

- ¿La madre del ni ño present ó alguna de las siguientes situaciones durante el embarazo?
- Sangrado S í/No
- Aumento de 30 libras o m ás S í/No
- Toxemia o presi ón arterial alta S í/No
- Tuvo que tomar medicamentos recetados S í/No

(En caso afirmativo, nombre de los medicamentos)

- Lesiones o enfermedades graves S íNo
- Consumo de alcohol S íNo
- Consumo de drogas S íNo
- Fum ó cigarrillos S íNo
- Fiebre, sarpullido, infecci ón u otra enfermedad S íNo
- Toma de radiograf ías S íNo
- Diabetes S íNo
- Otras

C. Salud del beb éen el parto

- Dificultad para respirar: S íNo
- Coloraci ón azul en la piel (cianosis): S íNo
- Requiri ó ox ígeno: S íNo
- Coloraci ón amarilla (ictericia): S íNo
- Requiri ó fototerapia: S íNo
- Hospitalizado despu é del nacimiento m ás de 7 d ías: S íNo

¿Por qu é? _____

Defectos cong énitos: S íNo

Nerviosismo: S íNo

¿El ni ño requiri ó alg ún cuidado especial poco despu é de nacer? S íNo

(En caso afirmativo, describa; por ejemplo, transfusiones de sangre, ox ígeno, incubadora, medicamentos, etc.)

D. Salud durante el per íodo neonatal (primer mes):

En el primer mes de vida, el ni ño present ó

Infecciones: S íNo

N áuseas, asfixia o v ómitos frecuentes: S íNo

Dificultad para succionar o alimentarse: S íNo

Explique a continuaci ón cualquier otra informaci ón importante sobre el nacimiento del ni ño:

Antecedentes m édicos/de salud:

¿Qui én es el m édico de atenci ón primaria del ni ño? _____

Indique el nombre, la especialidad, la afiliaci ón al hospital o programa y la direcci ón de cualquier otro m édico que actualmente brinde atenci ón m édica al ni ño.

Nombre del médico Especialidad Afiliación al hospital/programa Dirección (si la conoce)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Lista de diagnósticos médicos actuales:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿El niño ha estado hospitalizado alguna vez? Incluya cualquier hospitalización psiquiátrica.

Fecha	Motivo	Duración de la estancia

¿El niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? **Marque en caso afirmativo.**

Problemas del habla/lenguaje	Dolor abdominal frecuente	Enfermedad grave después de las vacunas
Problemas oculares o de visión	Dolores de cabeza frecuentes o intensos	Problemas cardíacos o de presión arterial
	Infecciones crónicas del oído	Asma
Problemas de audición	Neumonía	Convulsiones/problemas neurológicos
Problemas de motricidad fina	Meningitis	Lesión en la cabeza o pérdida del conocimiento
Problemas de motricidad gruesa	Problemas renales	Tics motrices/vocales
Problemas de apetito o alimentación	Fracturas óseas	Problemas para dormir
Alergias alimentarias	Problemas de vejiga	
Otras alergias	Problemas intestinales	

Si marcó alguna de las anteriores, explique a continuación:

¿El niño toma regularmente algún medicamento? S í/No

Medicamentos y afección que trata el medicamento:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿El niño ha acudido alguna vez a un psicólogo, psiquiatra u orientador? S í/No

En caso afirmativo, ¿a qué edad y durante cuánto tiempo? _____

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

Indique si al niño se le ha diagnosticado alguna de las siguientes condiciones:

Trastorno por déficit de atención (TDA), TDAH	S í/No	Edad en el momento del diagnóstico	_____	¿Quién lo hizo?	_____
Problemas de aprendizaje	S í/No	Edad en el momento del diagnóstico	_____	¿Quién lo hizo?	_____
Depresión	S í/No	Edad en el momento del diagnóstico	_____	¿Quién lo hizo?	_____
Ansiedad	S í/No	Edad en el momento del diagnóstico	_____	¿Quién lo hizo?	_____
Autismo/síndrome de Asperger	S í/No	Edad en el momento del diagnóstico	_____	¿Quién lo hizo?	_____
Otras enfermedades mentales	S í/No	Edad en el momento del diagnóstico	_____	¿Quién lo hizo?	_____

Especifique si se trata de otro diagnóstico de salud mental: _____

Antecedentes del desarrollo:

- A qué edad el niño hizo lo siguiente:

Sentarse sin ayuda	_____	Decir palabras sueltas con sentido	_____
Gatear	_____	Combinar 2 o más palabras	_____
Ponerse de pie	_____	Combinar 3 o más palabras	_____

Pararse sin ayuda	_____	Usar frases completas	_____
Caminar sujetándose de algo	_____	Usar gestos para comunicarse	_____
Caminar de forma independiente	_____	Usar gestos con palabras	_____
Subir/bajar escaleras	_____	Mostrar preferencia de mano	_____
		Cuál mano	_____

Si el niño tiene 5 años o menos:

- ¿Aproximadamente cuántas palabras hay en el vocabulario del niño? _____
- ¿En qué medida el niño comprende lo que oye? _____
- ¿Cuántos pasos de una instrucción puede seguir el niño? _____
- ¿Cuánto de lo que dice el niño puede entender *usted*? _____
- ¿Cuánto de lo que dice el niño pueden entender *otras personas*? _____

- ¿El niño ya sabe ir al baño?
¿Desde qué edad? _____ S í No
- ¿El niño tiene accidentes relacionados con ir al baño *durante el día*?
¿Con qué frecuencia? _____ S í No
- ¿El niño tiene algún accidente relacionado con ir al baño *durante la noche*?
¿Con qué frecuencia? _____ S í No
- ¿El niño tiene dificultades para dormir?
(Es decir, dificultad para acostarse, conciliar el sueño o permanecer dormido)
Describe: _____ S í No
- ¿El niño tiene alguna dificultad para comer? S í No
Describe: _____
- ¿Con qué juguetes o actividades parece disfrutar el niño? _____

Antecedentes de educación:

- ¿El niño asistió al preescolar? S í No
Edad de asistencia: _____ Escuela: _____
Problemas reportados en preescolar: _____
- ¿El niño asistió a un preescolar para niños con necesidades especiales? S í No
Edad de asistencia: _____ Escuela: _____
- Edad al entrar en el jardín de infancia: _____ Escuela: _____

- ¿El niño ha repetido alguna vez un grado? S íNo
En caso afirmativo, ¿qu é grados? _____
- ¿El niño ha tenido un cambio frecuente de escuelas? S íNo
- En caso afirmativo, ¿a cu ántas escuelas ha asistido? _____
- Grado escolar actual: _____
- Nombre de la escuela actual: _____
- ¿El niño ha recibido o recibe actualmente alguno de los siguientes servicios?
Edades o grados

Terapia del habla/lenguaje	S íNo _____
Terapia f ísica	S íNo _____
Terapia ocupacional	S íNo _____
Tutor ía para problemas de aprendizaje	S íNo _____
Orientaci ón	S íNo _____

Otros, describa: _____

- ¿El niño ha estado en alguno de los siguientes programas educativos especiales?

Preescolar de desarrollo	S íNo
Discapacitados emocionales	S íNo
Discapacidad intelectual	S íNo
Sala de recursos para personas con problemas de aprendizaje	S íNo
Discapacitados m últiples	S íNo
Personas con discapacidad auditiva	S íNo
Personas con discapacidad visual	S íNo
Otros (especifique):	S íNo

Si el niño tiene 5 años o más y está en la escuela, indique cómo le va en cada una de estas áreas:

	Problema serio	Debajo del promedio	Promedio	Excelente
Lectura				
Ortografía				
Matemáticas				
Redacción				
Conducta				
Deportes				
Asistencia				
Entrega de tareas				
Relaciones sociales o amigos				

Si corresponde, ¿el niño participa en alguna educación vocacional? Sí/No

- ¿Qué es lo que más le gusta de educar al niño?

- ¿Qué es lo que le resulta más difícil de educar al niño?

Información adicional

Agregue cualquier información adicional que considere que nos ayudará a comprender mejor al niño.

Gracias por dedicar su tiempo a completar este formulario. Envíelo junto con cualquier documentación e informes adicionales, incluidas las evaluaciones anteriores (psicológicas/neuropsicológicas, Programa de Educación Individualizada [IEP, por sus siglas en inglés], plan 504, documentación de Revisión, Admisión y Retiro [ARD, por sus siglas en inglés], etc.).

Tenga en cuenta que, aunque la información enviada desde nuestra cuenta de correo electrónico protegida es segura, no podemos garantizar la seguridad de los formularios enviados desde su cuenta de correo electrónico individual. Al enviar este documento por correo electrónico, usted acepta la responsabilidad de la transmisión de esta información en línea.