

Servicios de rehabilitación/ Valoración de necesidades de pacientes ambulatorios pediátricos

<p>¿CUÁLES SON SUS INQUIETUDES ACTUALES CON RESPECTO A SU HIJO? ¿CUÁNDO EMPEZÓ A OBSERVAR ESTAS INQUIETUDES?</p>
<p>¿QUÉ OTRA TERAPIA (ES DECIR, INTERVENCIÓN TEMPRANA, TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE) Y/O PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL HA TENIDO SU HIJO? ¿QUÉ OTRA TERAPIA ESTÁ RECIBIENDO AHORA?</p>
<p>¿ASISTE SU HIJO ACTUALMENTE A LA ESCUELA/GUARDERÍA? SI ES ASÍ, ¿DÓNDE Y QUÉ TAN A MENUDO?</p>
<p>¿CUÁL ES SU OBJETIVO PARA SU VISITA DE HOY?</p>

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: (Marque todo lo que aplique)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos | <input type="checkbox"/> Accidente vehicular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas con la alimentación/deglución | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos | <input type="checkbox"/> ERGE (Reflujo de ácido estomacal) | <input type="checkbox"/> Pre-madurez |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos/fracturas | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas | _____ |
| | | _____ |

Sírvase enumerar y describir cualquier lesión importante/cirugías/pruebas de diagnóstico y/u otras enfermedades incluyendo infecciones del oído y el pecho. ¿A qué edad ocurrieron?

(a completarse para los pacientes menores de 8 años)

<p>HISTORIAL DE DESARROLLO:</p> <p>Nacimiento: Peso _____ Estatura _____ Duración del embarazo _____</p> <p>Tipo de parto: _____</p> <p>Complicaciones al nacer: _____</p> <hr/> <p>Tratamiento recibido por el bebé o la madre: _____</p> <p>¿Alimentó con fórmula a su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Describiría a su hijo de bebé como tranquilo, inquieto o difícil? (Describa):</p> <p>_____</p> <hr/> <p>En términos de logros (es decir, sentarse, gatear, caminar y hablar): ¿Se cumplieron a tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si no es así, explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

PARA EVALUACIONES DE ALIMENTACIÓN

(si ha ido a la clínica de alimentación multidisciplinaria en los últimos 6 meses, no debe completar esto)

¿Qué problemas está intentando resolver? Marque todas las opciones que apliquen.

<input type="checkbox"/>	Aumentar el volumen de la comida que mi hijo come	<input type="checkbox"/>	Aumentar la textura de la comida que mi hijo come
<input type="checkbox"/>	Aumentar la variedad de la comida que mi hijo come	<input type="checkbox"/>	Mejorar la bebida en vaso
<input type="checkbox"/>	Mejorar las destrezas motoras orales de mi hijo	<input type="checkbox"/>	Mejorar las conductas a la hora de comer
<input type="checkbox"/>	Disminuir las náuseas al comer	<input type="checkbox"/>	Disminuir el vómito relacionado con la comida
<input type="checkbox"/>	Reducir/eliminar la diarrea	<input type="checkbox"/>	Reducir/eliminar el estreñimiento
<input type="checkbox"/>	Lograr un aumento de peso	<input type="checkbox"/>	Disminuir la alimentación por sonda
<input type="checkbox"/>	Resolver el reflujo y otros problemas gastrointestinales (GI)	<input type="checkbox"/>	Mejorar la alimentación independiente
<input type="checkbox"/>	Mejorar el uso de utensilios	<input type="checkbox"/>	Otros

¿Cuándo empezó a observar problemas con la alimentación por primera vez? _____

¿Tuvo su hijo alguna dificultad con cualquier etapa de la alimentación o problemas con la transición de una fase a la siguiente (por ejemplo, del seno materno a la alimentación en botella a vaso entrenador o de cereal de bebé a etapa I, II o III, a comida sólida)? Explique: _____

Destrezas de alimentación actuales: Marque todas las que apliquen.

<input type="checkbox"/>	Se alimenta con los dedos	<input type="checkbox"/>	Lactancia materna	<input type="checkbox"/>	Bebe de vaso entrenador
<input type="checkbox"/>	Se alimenta con cuchara	<input type="checkbox"/>	Bebe de botella	<input type="checkbox"/>	Bebe con popote
<input type="checkbox"/>	Se alimenta con tenedor	<input type="checkbox"/>	Bebe de un vaso abierto	<input type="checkbox"/>	Otras

¿Tiene inquietudes con algo de lo siguiente?:

<input type="checkbox"/>	Babeo	<input type="checkbox"/>	Mal control de labios	<input type="checkbox"/>	Problemas de deglución
<input type="checkbox"/>	Mal reflejo de succión	<input type="checkbox"/>	Problemas con la mordida	<input type="checkbox"/>	Tos/náuseas
<input type="checkbox"/>	Mal control de la lengua	<input type="checkbox"/>	Falta de masticación	<input type="checkbox"/>	Mayor sensibilidad a los alimentos
<input type="checkbox"/>	Desgaste en los dientes	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad al comer	<input type="checkbox"/>	Rumiar/vomitarse

¿Dónde come su hijo usualmente? Marque todas las que apliquen.

<input type="checkbox"/>	En el regazo del cuidador	<input type="checkbox"/>	Asiento para bebés	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas/dispositivo para sentarse
<input type="checkbox"/>	Silla alta	<input type="checkbox"/>	Mesa/silla de la cocina	<input type="checkbox"/>	En la calle
<input type="checkbox"/>	Asiento elevado	<input type="checkbox"/>	Mesa/silla para niños	<input type="checkbox"/>	Otros

Enumere:

- Alimentos favoritos: _____
- Alimentos que le desagradan: _____
- Alimentos que antes comía y ya no come: _____

¿Presenta su hijo actualmente alguna de las siguientes conductas durante las comidas? (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/>	Lanza la comida	<input type="checkbox"/>	Se le atasca comida en la boca	<input type="checkbox"/>	Come muy lento
<input type="checkbox"/>	Llora/hace rabieta	<input type="checkbox"/>	Se llena la boca	<input type="checkbox"/>	Come desordenadamente
<input type="checkbox"/>	Come de más	<input type="checkbox"/>	Huele la comida	<input type="checkbox"/>	Come cosas que no son comestibles
<input type="checkbox"/>	Toma la comida de otros	<input type="checkbox"/>	Escupe la comida	<input type="checkbox"/>	Juega con la comida
<input type="checkbox"/>	Le dan náuseas	<input type="checkbox"/>	Abandona la mesa	<input type="checkbox"/>	Lame la comida
<input type="checkbox"/>	Come muy rápido	<input type="checkbox"/>	Come muy poco	<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	No mastica la comida	<input type="checkbox"/>	Se niega a comer	<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Se niega a tragar la comida	<input type="checkbox"/>	Vomita	<input type="checkbox"/>	Otros

¿Tiene usted o el médico de su hijo inquietudes con el crecimiento o aumento de peso de su hijo? _____

Nombre

Firma

Fecha