

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Por favor, responda el cuestionario siguiente para ayudarnos a entender mejor al paciente, Y **tráigalo con usted a la cita.**

Fecha: _____

Nombre del NIÑO/paciente: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____ Relación: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

A. ¿Por qué razón se ha traído a su niño al Instituto MIND y qué es lo que espera de esta evaluación? Diagnóstico Recomendaciones para intervenciones médicas/de medicamentos Otro: *explique:* _____**SITUACIÓN FAMILIAR ACTUAL:**

Cuidador 1 Nombre: _____ Edad: _____ Antecedentes étnicos/culturales: _____

Parentesco con el niño: Madre Padre Madrastra/Padrastro Madre/Padre adoptivo Madre/Padre de crianza (Foster)

Domicilio: _____

Teléfono (principal): _____ Teléfono (secundario): _____ Corre electrónico: _____

Ocupación: _____ Máximo nivel de estudios: _____

Cuidador 2 Nombre: _____ Edad: _____ Antecedentes étnicos/culturales: _____

Parentesco con el niño: Madre Padre Madrastra/Padrastro Madre/Padre adoptivo Madre/Padre de crianza (Foster)

Domicilio: _____

Teléfono (principal): _____ Teléfono (secundario): _____ Corre electrónico: _____

Ocupación: _____ Máximo nivel de estudios: _____

¿Con qué cuidadores vive el niño? Ambos Madre Padre Otros: _____

Si padres están separados/divorciados, ¿quién tiene la custodia del niño? _____ ¿Con qué frecuencia ve el otro padre al niño? _____

Idioma principal que se habla en la casa: _____ Otros idiomas a los que está expuesto el niño: _____

¿Viven otros adultos en la casa? Sí No Nombre/edad/relación (indique): _____

¿Cuántos niños viven en la casa? _____ Edades (indique si son hermanastros o hermanos de crianza): _____

EVALUACIÓN E HISTORIAL DE TRATAMIENTOS

¿Se ha evaluado alguna vez a su niño por problemas médicos, del desarrollo, conductuales, emocionales o de aprendizaje? Marque todo lo que corresponda. Tratamiento anterior/evaluaciones/pruebas diagnósticas: *(Por favor, entregue una copia de los informes – o el nombre del proveedor, la fecha y un resumen de los hallazgos)*

Pediatra especializado en desarrollo Terapia física/ocupacional Terapeuta/asesor de salud mental
 Médico/especialista Servicios de intervención temprana Psicólogo Centro regional
 Neurólogo Conductista/terapia ABA Distrito escolar Apoyo domiciliario
 Psiquiatra Terapeuta del habla-lenguaje Otro (especifique): _____

Por favor, indique las agencias/servicios de intervención que trabajan actualmente con su familia (por ejemplo, Centro Regional, Healthy Start, servicios de protección infantil, intervención temprana, terapia del habla, terapia ocupacional [OT], terapia física [PT], análisis conductual aplicado [ABA], etc.) Incluya los nombres de las personas de contacto y los números de teléfono si los sabe: _____

Pruebas diagnósticas: (fechas y resultados, si los sabe)

Evaluación auditiva _____ EEG (prueba de ondas del cerebro) _____ Ecografía de la cabeza _____
 Evaluación oftalmológica _____ MRI (resonancia magnética) _____ Estudio del sueño _____
 Análisis genético/cromosómico/del ADN _____ CT Scan (tomografía computarizada) _____
 Análisis de sangre (aparte del hemograma de rutina) _____ Otro (especifique) _____

¿Se le ha dado a su niño un diagnóstico específico? Si es así, marque a continuación o especifique: _____

Discapacidad del aprendizaje ADHD (déficit de atención con hiperactividad) Autismo/Asperger
 Epilepsia Integración sensoria Retraso motor Parálisis cerebral Cromosoma X frágil
 Tourette/ tics Retraso del desarrollo Trastorno conductual/emocional Discapacidad intelectual
 Síndrome genético: _____ Otro: _____

EMBARAZO

¿Recibió atención prenatal durante el embarazo? No Sí Mes que comenzó _____ Edad materna durante el embarazo _____

¿Embarazos anteriores? Sí (número de embarazos, incluidos abortos espontáneos) _____

¿Se utilizaron medicamentos (especifique) u otros métodos como ayuda para quedar embarazada? _____

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

¿Tuvo la madre algo de lo siguiente durante o inmediatamente antes/después del embarazo? (Marque todo lo que corresponda)

- Infección Anemia Diabetes Hemorragia vaginal Reposo en cama Presión arterial alta
 Riesgo de aborto espontáneo Problemas emocionales Otro (incompatibilidad Rh, etc.)
 Hospitalización durante el embarazo: Razón: _____ Radiografías durante el embarazo: ¿En qué mes? _____
 Medicamentos recetados durante el embarazo. Indique: _____

¿Se utilizó algo de lo siguiente durante este embarazo? (Marque todo lo que corresponda)

- Tabaco Alcohol Marihuana Metanfetaminas opiodes Otro (especifique) _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO:

Nombre y dirección del hospital donde nació el bebé: _____ Nació el bebé a término? No Sí

Semanas de gestación: _____ Peso al nacer: _____ libras _____ onzas Longitud: _____

Tipo de parto: Espontáneo Por cesárea Inducido (p.ej. pitocina) Gemelos/Multillizos
 Cabeza primero De nalgas (pies primero) con instrumentos (p.ej. fórceps/ventosa)

Puntuaciones APGAR del bebé (si las sabe): 1 minuto _____ 5 minutos _____

Describe las complicaciones durante o después del parto, si las hubo: _____

Duración de la estadía en el hospital: Madre: _____ días Bebé: _____ días

¿Requirió el bebé oxígeno suplementario? No Sí Si así fue, cuánto tiempo: _____

¿Estuvo el bebé en la NICU? No Sí Si así fue, cuánto tiempo: _____

¿Pasó el recién nacido el examen auditivo? No Sí Luces de bilirrubina (para ictericia) No Sí

¿Tuvo el bebé convulsiones? No Sí ¿Tuvo el bebé una ecografía/tomografía de cabeza anormal? No Sí

¿Necesitó el bebé transfusiones de sangre? No Sí ¿Necesitó el bebé cirugía? No Sí

HISTORIAL DE DESARROLLO:**Desarrollo cognitivo:**

¿Cree que su niño presenta algún retraso en su capacidad para pensar o aprender? No Sí

Desarrollo motor: (indique la edad a la que ocurrió cada cosa)

Se sentó sin ayuda: _____ Gateó: _____ Caminó: _____

Retraso de motricidad gruesa: No Sí Torpe/no coordinado: No Sí

Retraso de motricidad fina: No Sí Problemas con escritura: No Sí Problemas abotonar/atar los zapatos: No Sí

Indique qué mano/pierna usa su niño para: escribir/dibujar: _____ comer: _____ patear: _____

Habla y lenguaje: (indique la edad a la que ocurrió cada cosa)

Dijo palabras simples: _____ Dijo frases de 3 palabras: _____ Dificultad para decir palabras/de pronunciación: Sí No

Cómo se comunica su niño ahora: Señales/Imágenes Palabras simples Frases/Frases cortas Frases largas

Qué comprende su niño ahora: Gestos/señales Instrucciones de 1 paso Instrucciones de 2 pasos No tiene problemas

Problemas de audición: Sí No Prueba auditiva: (fecha y resultados) _____ ¿Lleva un aparato auditivo?: Sí No

Destrezas de adaptación:

Entrenamiento de baño: Control intestinal No Sí A qué edad: _____ Control de vejiga No Sí A qué edad _____

Accidentes después de aprender: No Sí Explique: _____

Conducta alimentaria: Normal Selectivo/Dieta restrictiva Tiene náuseas Pérdida/aumento de peso

Conducta del sueño: Normal Sonambulismo Problemas para dormirse Se orina en la cama Ronquidos fuertes

¿Ha perdido el niño alguna vez habilidades que ya había adquirido? Sí No Explique: _____

Habilidades sociales:

¿El niño mira directamente a los ojos? Sí No

¿Apunta para mostrarle las cosas? Sí No

¿Busca su atención para jugar/divertirse? Sí No

¿Le gusta jugar con otros niños? Sí No

¿Son escasas sus habilidades sociales comparado con otros niños de su misma edad? Sí No

¿Le interesan más las cosas que las personas? Sí No

¿Prefiere jugar con niños, aparte de hermanos, mayores, menores o de la misma edad? _____ Número de amigos _____

Comportamientos sensoriales:

Tacto/texturas..... Evita Busca Especifique: _____

Vista..... Evita Busca Especifique: _____

Olfato..... Evita Busca Especifique: _____

Sabores..... Evita Busca Especifique: _____

Sonidos..... Evita Busca Especifique: _____

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Comportamiento actual:

Por favor, indique si su niño tiene alguno de los comportamientos siguientes que son un problema. (Marque todo lo que corresponda)

Poca concentración/se distrae Se opone/desafiante No puede separarse del padre/madre Interrumpe la clase

Impulsivo/hiperactivo Conflicto con compañeros Necesita mucha atención de los padres Tarea escolar deficiente

Fantasea Ansioso/se preocupa/tiemores Se balancea/gira/da manotazos Malo con los demás/los acosa Deprimido

No sigue instrucciones Ataques de pánico Baja autoestima Se frustra/altera fácilmente Conducta sexualizada

Aislado/retraído Autodaño (se golpea la cabeza, se muerde/se pega) Agresivo/destrutivo Pensamientos suicidas

Comportamiento/pensamientos extraños Consumo de drogas/alcohol

Otro: Describa cualquier otro comportamiento que le preocupe: _____

Métodos de tratamiento conductual:

Cuando su niño es problemático o se porta mal, ¿qué suele hacer para lidiar con el problema?

Tiempo de aislamiento Pérdida de privilegios Reorientación verbal Castigado sin salir Le grita

Disciplina física/nalgadas Otro (especifique) _____ ¿Quién se encarga principalmente de la disciplina? _____

¿Qué es lo más difícil para usted de la crianza de su niño? _____

Cambios familiares/factores estresantes:

¿Ha sufrido/presenciado su niño alguna vez algo de lo siguiente?

Problemas matrimoniales/separación/divorcio Vivir alejado del padre/madre Nacimiento/adopción de otro niño

Padre/madre enviado al extranjero/fuera de la ciudad para trabajar por períodos prolongados Estar sin hogar

Problemas económicos Enfermedad de un hermano/padre (grave o con muerte) Problemas legales de los padres

Enfermedad emocional/mental de un padre Desacuerdo de los padres sobre la crianza de los hijos Presencia violencia física

Implicado en tribunal de menores Relación con los servicios sociales/servicios de protección infantil Otro trauma/evento negativo

¿Cuáles son los factores estresantes importantes en la familia en este momento, si los hay? _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene el niño alergias a medicamentos o alimentos? Sí No Si es así, indique cuáles: _____

¿Tiene el niño al día todas las vacunas? No Sí Indique las que faltan: _____

¿Alguna reacción negativa a las vacunas? No Sí Describa: _____

¿Ha perdido alguna vez el niño el conocimiento? No Sí Si es así, explique: _____

Accidentes/lesiones: Edad: _____ Tipo (cabeza, abdomen, fractura, etc.): _____

Cirugía/operaciones: Edad: _____ Razón: _____ Dónde: _____

Hospitalización/visitas a la sala de emergencias: Edad: _____ Razón: _____ Dónde: _____

Fecha de: Último examen de la vista _____ ¿Lo pasó? Sí No Último examen auditivo _____ ¿Lo pasó? Sí No

¿Necesita el niño anteojos o aparatos auditivos? _____

¿Tiene el niño algún problema médico que afecte a los sistemas u órganos siguientes?

Sistema/órgano

Explique

Ojos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Oídos, nariz, garganta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Pulmones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Digestivo (esófago, estómago, intestinos)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Riñones/urinario	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Endocrino (hormonas, glándulas)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Piel	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Sangre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Neurológico (cerebro, espinal, convulsiones)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Psiquiátrico/Emocional	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____

Medicamentos:

¿Toma su niño algún medicamento? Sí No Si es necesario, adjunte una hoja de papel adicional.

	Medicamento 1	Medicamento 2	Medicamento 3
NOMBRE y DOSIS			
RECETADO POR:			
RECETADO PARA:			
FECHA DE INICIO/FINALIZACIÓN			
BENEFICIOS:			
EFFECTOS SECUNDARIOS:			

Medicamentos anteriores:

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:****Madre:** Problemas de salud, aprendizaje, salud mental. Especifique por favor: _____**Padre:** Problemas de salud, aprendizaje, salud mental. Especifique por favor: _____**Hermanos (hermanastros):** Problemas de salud, aprendizaje, salud mental. Especifique por favor: _____

¿Ha tenido algún integrante de la familia ampliada los siguientes problemas/trastornos? (especifique quién)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Defecto congénito | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo | <input type="checkbox"/> ADHD (déficit atención con hiperactividad) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Ansiedad/nerviosismo | <input type="checkbox"/> Problema de lectura/dislexia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno cromosómico/genético | <input type="checkbox"/> Tics/síndrome de Tourette | <input type="checkbox"/> Otras dificultades de aprendizaje: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar/maníaco-depresivo | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Trastorno psíquico | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del movimiento | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/retraso cognitivo |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/psicosis | <input type="checkbox"/> Retraso del habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmunitario: _____ | <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger | <input type="checkbox"/> Conducta antisocial (asaltos, robos, detenciones) |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción | <input type="checkbox"/> Trastorno de conducta infantil (agresivo/desafiante/negativo) | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Ha recibido algún integrante de la familia alguna vez ayuda adicional en la escuela, intervención temprana o servicios de educación especial? Sí No Si es así, especifique quien y por que razón: _____**HISTORIAL ESCOLAR DEL NIÑO:**

Nombre de la escuela actual: _____ Ciudad/Estado: _____ Número de teléfono: _____

Año (grado): _____ Nombre del maestro: _____

Historial de intervenciones/escolar:

¿Intervención temprana/En el domicilio (0-3 años)? Nombre de la escuela/programa: _____

¿Edad? _____

¿Preescolar/programa "Head Start"? Nombre de la escuela/programa: _____ Edad/Grados _____

Escuela primaria Nombre de la escuela/programa: _____ Edad/Grados _____

Escuela secundaria media Nombre de la escuela/programa: _____ Edad/Grados _____

Escuela secundaria superior: Nombre de la escuela/programa: _____ Edad/Grados _____

¿Ha repetido el niño año alguna vez? No Sí Si es así, qué año: _____¿Le gusta al niño ir a la escuela? No Sí ¿Ha suspendido o se le ha expulsado al niño alguna vez? No Sí Razón: _____¿Llega tarde o falta a clase con frecuencia? No Sí Razón: _____

¿Hay algo más que le preocupe sobre el aprendizaje o comportamiento de su niño? _____

Evaluaciones e intervención escolar:

¿Se le han hecho pruebas de educación especial al niño en la escuela?

Psicológica/Cognitiva No Sí Fecha: _____ Terapia ocupacional: No Sí Fecha: _____Habla/Lenguaje No Sí Fecha: _____ Fisioterapia: No Sí Fecha: _____Académica (RSP) No Sí Fecha: _____ Otro: No Sí Fecha: _____¿Está su niño en un IEP (plan de educación individual) o IFSP (plan de servicio familiar individualizado)? No Sí

Razón _____

FORTALEZAS DEL NIÑO:

Indique qué actividades le gustan a su niño o cuáles hace bien. ¿Qué es lo que más disfruta de su niño?

Gracias por compartir esta información tan importante.**Por favor, traiga este cuestionario, los informes de todas las evaluaciones y los expedientes escolares/plan IEP con usted a su cita:**

MIND Institute - Massie Family Clinic
UC Davis Health
2825 50th Street Sacramento, CA 95817 Tel. 916-703-0300 Fax: 916-703-7941