

JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL

**Servicios de rehabilitación y del desarrollo
Historial del paciente**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____	Persona que completa el formulario: _____	Relación con el paciente: _____
-----------------------------------	--	--

Comparta sus preguntas e inquietudes específicas de esta evaluación:

Durante el embarazo

- Vómito excesivo
- Pérdida de sangre/hemorragia
- Tratamiento con rayos X
- Incompatibilidad del RH
- Consumo de alcohol/drogas
- Medicamentos
- Traumatismos/lesiones
- Número de abortos _____
- Otro: _____

Trabajo de parto y parto

- A término
- Prematuro (EGA: _____ o semanas de prematuridad: _____)
- Peso al nacer: _____ lbs _____ oz
- Parto normal
- Inducido
- Fórceps/vacío
- Cesárea
- Presentación podálica
- Otro: _____

Condiciones después del nacimiento

- Puntuaciones bajas de Apgar
- Dificultades respiratorias
- Oxígeno: _____ días/semanas
- Ventilador: _____ días/semanas
- Dificultades en lactancia/alimentación
- Convulsiones
- Ictericia
- Hemorragia cerebral
- Problemas cardiacos
- Hipertensión pulmonar persistente
- Otro: _____

Alergias: _____

Medicamentos actuales: _____

Antecedentes médicos desde el nacimiento

- Síndromes o diagnósticos específicos: _____
- Resfriados crónicos
 - Infecciones múltiples de oídos/tubos
 - Amigdalitis y/o extirpación de amígdalas/vegetaciones
 - Asma
 - Problemas respiratorios: _____
 - Intubación/ventilación
 - Labio leporino o paladar hendido/malformación craneofacial
 - Retraso del crecimiento
 - Problemas cardiacos
 - Problemas renales
 - Problemas gastrointestinales: _____
 - Reflujo
 - Espina bífida
 - Problemas neurológicos: _____
 - Encefalitis
 - Meningitis
 - Traumatismo craneal/lesión cerebral
 - Convulsiones
 - Autismo
 - Parálisis cerebral
 - Tortícolis
 - ADHD/ADD
 - Dificultad de aprendizaje
 - Retrasos cognitivos
 - Artritis juvenil
 - Cirugías/hospitalizaciones/lesiones: _____
 - Otro: _____

Valoración del dolor

¿Está teniendo dolor su hijo? Sí No
Si es así, describa por qué: _____

Equipo actual

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Traqueostomía |
| <input type="checkbox"/> Anteojos | <input type="checkbox"/> Audífonos |
| <input type="checkbox"/> AFO | <input type="checkbox"/> Férulas |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Patient ID

Tratamiento o evaluación previa/actual

_____ Fisioterapia _____ Alimentación
_____ Terapia ocupacional _____ Habla
_____ ABA/conductista _____ Audiología
_____ Desarrollo _____ Primeros pasos
_____ Psicoeducativo/IQ
_____ Otro: _____

Si responde afirmativamente a cualquiera de los anteriores, proporcione lugar y fechas:

Otros médicos/profesionales involucrados con el cuidado del niño:

¿Ha tenido su hijo un atraso reciente debido a una hospitalización o afección? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál era su nivel previo de desempeño?

Desarrollo/comportamiento

Edad estimada

Se sentó solo _____
Gateó _____
Se puso de pie solo _____
Caminó independientemente _____
Controló la micción _____
Controló la defecación _____
Se alimentó con cuchara _____
Ayudó a vestirse _____
Sonidos placenteros y de arrullo _____
Balbuceo (ba-ba, da-da-da, etc.) _____
Lenguaje de jerga y gestos _____
Palabras sueltas _____
Frasas (más jugo, me voy, etc.) _____
Frasas cortas _____

Educación

Cuidado diurno, preescolar o escuela a la que va el niño:

Días/semana: _____

Horas/días: _____

¿Le gusta la escuela? Sí No

Grado que cursa: _____

No pasó un grado alguna vez: Sí No

¿Algún profesor ha expresado preocupación sobre el aprendizaje o el comportamiento de su hijo? Sí No

Describe: _____

Habla y lenguaje:

El niño se comunica principalmente mediante:

Familiares y mascotas que viven en el hogar

Nombre Edad Relación

Antecedentes familiares de problemas relacionados

Marque los comportamientos que describen a su hijo

- _____ Distraído; se distrae fácilmente
 - _____ Impulsivo
 - _____ Nivel excesivo de actividad
 - _____ Rabieta en exceso
 - _____ Comportamientos agresivos (encierra en un círculo todos los que apliquen: le pega a otros, muerde, se arranca el cabello, pateo, golpea con la cabeza, pellizca, lanza objetos, escupe, agrede verbalmente)
 - _____ Desafiante, no obedece
 - _____ Vaga o se escapa; se fuga
 - _____ Obsesiones, compulsiones o rituales
 - _____ Comportamientos destructivos
 - _____ Abusa de sí mismo
 - _____ Tímido
 - _____ Lento para animarse
 - _____ Sociable
 - _____ Nervioso, ansioso
 - _____ Fácilmente controlable/pasivo
 - _____ Se molesta fácilmente, se enfurece
 - _____ Maneja la frustración con dificultad
 - _____ Se irrita con frecuencia, quisquilloso
 - _____ Tiene dificultad para calmarse o tranquilizarse
 - _____ Cambios de ánimo/imprevisibilidad
 - _____ Argumentador
 - _____ Dificultad para separarse del padre o de la madre
 - _____ No interactúa con el cuidador
 - _____ No se interesa en compartir el goce con otros
 - _____ Evita el contacto visual
 - _____ Dificultad para jugar con otros niños
 - _____ Necesidad de rutinas y situaciones repetitivas
 - _____ Preocupación con un tema en particular
 - _____ Interés poco usual en los componentes y no en todo el juguete
 - _____ Juego repetitivo durante horas
 - _____ Vaga sin rumbo fijo sin que exista un juego determinado
- Actividades/juegos favoritos: _____

Otro: _____

Motricidad fina/motricidad visual

Preferencia de mano: Derecha Izquierda Ambas
Presión en la escritura: Funcional Problemática

Patient ID

- Gestos Expresiones faciales
 Palabras sueltas Frases
 Oraciones Conversación

El lenguaje del niño es:

- Fácil de entender
 Difícil de entender por otras personas

El niño entiende:

- Nombres de familiares Nombres de objetos
 Direcciones sencillas Direcciones complejas
 Lenguaje conversacional

El niño tiene problemas con la voz:

- Voz ronca Nódulos vocales
 Suena como un niño con resfriado nasal
 Habla como si estuviera saliendo aire de la nariz

El niño tartamudea/describa: _____

¿Su hijo dejó de hablar alguna vez o dejó de decir palabras que solía decir? Sí No

Otro: _____

Motricidad oral/alimentación

- Problemas actuales con la alimentación
 Problemas anteriores con la alimentación

Describe: _____

Necesita una dieta especial: _____

- Usa el chupón
 Se chupa el pulgar
 Babea
 Rechina los dientes
 Respira por la boca
 Ronca
 No come alimentos apropiados para su edad
 No usa los utensilios apropiados para su edad
 No se alimenta solo
 Problemas para subir de peso
 Se atraganta a menudo con los alimentos o se le atorán
 Delicado para comer/preferencias extremas de alimentos
 Rechaza probar alimentos nuevos
 Sensible a los aromas de los alimentos

Otro: _____

Audición

¿Ha sido evaluado? Sí No

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

Resultados: _____

¿No ha sido evaluado pero tiene preocupaciones? Sí No

Describe: _____

- Dificultad para dibujar líneas
 Dificultad para copiar formas
 No puede escribir su nombre hacia los 5 años de edad
 Dificultad para usar "herramientas" (lápices, cubiertos, tijeras)
 Dificultad para asir o manipular objetos pequeños
 Dificultad con los mecanismos de abrochar en la ropa (por ejemplo, botones, cremalleras)
 Dificultad para imitar patrones o diseños de bloques
 Dificultad con la precisión (colocar letras en la línea, permanecer dentro de un laberinto, etc.)
 Dificultad con rompecabezas apropiados para su edad
 Dificultad con emparejamiento de objetos apropiado para su edad
 Otro: _____

Procesamiento sensorial

- Rechaza los abrazos, se aparta, se arquea
 No quiere usar ciertas ropas
 Le molestan las etiquetas o las costuras de la ropa
 No le gustan las actividades de higiene y aseo
 Se sobresalta con facilidad con los sonidos fuertes
 Se distrae con sonidos que otros no perciben
 No le gustan ciertos ruidos o canciones en particular: _____
 No le gustan los entornos ruidosos o atestados
 Sensible a la luz brillante
 No le gusta columpiarse, ni girar, ni los equipos en los patios de juegos
 Tiene ansias de mecerse o moverse cabeza abajo
 Dificultad para quedarse quieto/en movimiento constante
 Se arriesga en exceso durante el juego
 Se balancea o agita las manos
 Usa demasiada fuerza/rompe objetos con facilidad
 Usa muy poca fuerza/agarre débil
 Dificultad para conciliar el sueño
 Dificultad para permanecer dormido
 Dificultad para cambiar de actividades/rutinas
 Otro: _____

Habilidades motoras/coordinación corporal

- Inestabilidad al caminar
 Mal equilibrio: Sentado De pie Ambos
 Caídas frecuentes
 Percepción corporal deficiente, torpe, tropieza con cosas
 Coordinación corporal deficiente (por ejemplo, saltar, brincar)
 Coordinación visomanual deficiente (atrapar una pelota)
 Dificultad en educación física o en el patio de recreo
 Resistencia deficiente/se cansa fácilmente
 Camina sobre las puntas de los pies
 Otro: _____

Patient ID