

Northeast Rehabilitation Health Network

Programa de Pacientes Pediátricos Ambulatorios

Historia Clínica y de Desarrollo – 18 años

Rev 9/17

Nombre del niño/la niña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hermano/a(s): Sí  No  En caso de que sí, Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón para el referido de terapia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preocupaciones de padres/cuidadores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuáles metas quisiera que su hijo/a alcanzase en la terapia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE NACIMIENTO**

Dificultades en el embarazo: Sí  No  En caso de que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dificultades en el parto: Sí  No  En caso de que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de parto: Vaginal  o Cesárea  Con la asistencia de aspiración o fórceps: Sí  No 

Edad gestacional: A término  o Prematuro  En caso de que fuese prematuro, a las \_\_\_\_\_\_\_ semanas

¿Requirió el bebé hospitalización? Sí  No  En caso de que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puntuación de Apgar (si se conoce): \_\_\_\_\_

¿Tuvo el bebé problemas con las siguientes áreas? Favor de marcar todas las que correspondan:

 Ictericia  Cólicos  Problemas de alimentación  Reflujo  Forma de la cabeza /inclinación  Sueño

**ANTECEDENTES DE SALUD**

Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El niño/La niña tiene alergias? Sí  No  En caso de que sí, favor de incluir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El niño/La niña tiene alguna enfermedad diagnosticada? Sí No En caso de que sí, favor de incluir: \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El niño/la niña toma algún medicamento? Sí  No  En caso de que sí, favor de incluir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicamento | Dosis/Frecuencia | Razón |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Alguna vez ha tenido el niño/la niña convulsiones? Sí  No 

¿Alguna vez ha tenido el niño/la niña una lesión en la cabeza, contusión cerebral, fractura o puntos? Sí  No  En caso de que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado la niña/el niño hospitalizado/a? Sí  No  En caso de que sí, explique por favor y dé la fecha de la hospitalización:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le han hecho pruebas especiales al niño/la niña?

 Rayos X  IRM  Exploración por TAC  VFSE  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño/la niña alguna cirugía? Favor de incluir cuál y la fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño/la niña una historia de haber padecido o actualmente padece de alguna de estas condiciones?

 Presión alta  Osteopenia/Osteoartritis  Asma  Hepatitis

 Presión baja  Escoliosis  Cáncer: (tipo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Convulsiones  Displasia de cadera  Embolia: (a qué edad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Soplos cardíacos  Diabetes  Artritis reumatoide

 Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño/la niña alguna de las siguientes? Favor de marcar todas las que correspondan:

 Traqueotomía  Prótesis auditivas  Dificultades auditivas  Anteojos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Sensibilidad al látex  Tubo gástrico  Colostomía  Línea central

 Limitaciones respiratorias  Oxígeno \_\_\_\_\_\_\_  Soporte de peso de carga: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otra o comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguno de estos aparatos? Favor de marcar todos los que apliquen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tipo | Fecha en que se recibió |
| Silla de ruedas |  |  |
| Entrenador de andadura |  |  |
| Andador con ruedas |  |  |
| Silla de baño |  |  |
| Dispositivo para sentarse |  |  |
| Otro |  |  |

Nombre del distribuidor/la compañía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún equipo ortopédico mecánico? Favor de incluir todos y la fecha en que se obtuvieron:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tipo | Fecha en que se recibió |
| Extremidad superior |  |  |
| Extremidad inferior |  |  |
| Torso |  |  |
| Casco |  |  |

Nombre de la compañía/el médico protésico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA PERSONAL**

¿Ha sido el niño/la niña visto/a por un médico o personal de salud que no sea un pediatra o médico general de familias?

Favor de marcar todos los que correspondan e incluir el nombre, si se conoce:

 Neurólogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ortopédico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Conductista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Gastroenterólogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Psiquiatra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Psicólogo/Psiquiatra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Otorrinolaringólogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Optometrista/Oftalmólogo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Terapeuta ocupacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Audiólogo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Logopeda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Terapeuta de alimentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Terapias ABA (análisis conductual aplicado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pediatra del desarrollo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESCUELA**

¿Ha recibido el niño/la niña servicios de intervención en edad temprana (EI, por sus siglas en inglés)? Sí No

En caso de que sí, ¿cómo se llama el Proveedor de EI y cuáles servicios fueron prestados? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha asistido a la escuela el niño/la niña? Sí  No  En caso de que sí, cuál es el nombre de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Educación Normal  Educación Especial Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe el niño/la niña algún servicio en la escuela? Sí  No  En caso de que sí, favor de marcar todos los que correspondan:

 Terapia ocupacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ veces por semana

 Fisioterapia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ veces por semana

 Terapia del habla: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ veces por semana

 Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¡Gracias por la información que ha proporcionado!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padres/Guardianes Fecha Hora

Solo para el profesional clínico:

Clinician’s Only:

1. Medical History Reviewed with Caregiver □ Yes

2. Screen Completed □ Yes

\*\*For Adult Clinics, please add BMI and Developmental Skills to WebPT Eval templates.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clinician Signature Clinician Print Date Time