



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
escuela: _____

En caso de que sí, cuál es el nombre de la

- Educación Normal
- Educación Especial

Grado: _____

¿Recibe el niño/la niña algún servicio en la escuela? Sí No
que correspondan:

En caso de que sí, favor de marcar todos los

- 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