

Nombre del paciente _____ **Fecha de hoy** _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ **Edad** _____ **Escuela/Preescolar** _____ **Grado:** _____
Padre/tutor _____ **Teléfono: Casa:** _____ **Celular:** _____
Médico de atención primaria _____ **Derivado por** _____
¿Con quién vive el niño? (incluya hermanos) _____
Describa sus preocupaciones y el motivo de su visita del día de hoy: _____

¿Cuándo se observó/diagnosticó el problema por primera vez? Información obligatoria Mes _____ Día _____ Año _____

INTERVENCIÓN ANTERIOR (Enumere cualquiera de los siguientes profesionales a los que haya consultado con relación a su hijo.
 Incluya **Nombre/Ubicación**, si los conoce)
 Terapeuta del habla y lenguaje: _____
 Terapeuta ocupacional: _____
 Fisioterapeuta: _____
 Pediatra del desarrollo: _____
 Programas/especialistas en autismo: _____
 Psicólogo/psiquiatra: _____
 Profesional de la conducta: _____
 Especialistas en intervención temprana: _____
 Otro/s (especifique): _____

Antecedentes médicos: sea lo más específico posible. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.

Embarazo/parto (Desconocido, el niño fue adoptado)

S N ¿Problemas con la madre o el bebé durante el embarazo?

Describa: _____

S N ¿Prematuro? Si la respuesta es sí, edad gestacional ____ y peso al nacer ____

S N Problemas en el parto: Normal Cesárea Presentación pelviana Mellizos Trillizos Otros: _____

S N ¿Tomó medicamentos con receta/de venta libre o herbarios durante el embarazo? _____

S N ¿Consumió alcohol/drogas durante el embarazo? _____

S N Indique si en el parto su hijo tuvo problemas de: Infección

Cianosis Para comenzar a respirar Ictericia Otros

Especifique: _____

Salud general

Enumere todos los **diagnósticos médicos** obtenidos por un médico respecto a su hijo: _____

Enumere todos los **medicamentos recetados/de venta libre/herbarios** que su hijo toma actualmente: NINGUNO

Enumere todas las **alergias/reacciones farmacológicas adversas**: NINGUNA

Enumere todas las **hospitalizaciones/operaciones/procedimientos invasivos** de su hijo: _____

S N **Infección o colonización** actual con un germen resistente a los antibióticos (MRSA, VRE); nombre del médico tratante: _____

S N ¿Problemas **nutricionales/de alimentación**? _____

S N ¿Antecedentes de reflujo? _____

S N ¿Su hijo experimenta algún **dolor**? De ser así, describa el tipo y la frecuencia del dolor. _____

S N ¿Su hijo tiene **dificultades para dormir**? _____

Ojos y vista

S N ¿Examen formal de la vista? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Describa los resultados del examen de la vista: _____

S N ¿Su hijo usa anteojos actualmente?

S N ¿Alguien en la familia/la parentela tiene pérdida de la vista?

Oídos y audición

S N ¿Infecciones del oído, dolor, líquido o supuración en el oído actuales o antiguas? ¿A qué edad comenzaron las infecciones del oído? _____

¿Con qué frecuencia ocurrieron? _____ ¿Última infección del oído? _____

¿Cómo se trató? _____ ¿El tratamiento fue exitoso? S N

S N ¿Drenaje o cirugía del oído? _____

S N ¿Problemas de audición? _____

S N ¿Problemas de audición en el recién nacido? Nombre del hospital donde nació _____

Resultados _____

S N ¿Se ha examinado la audición? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Describa los resultados del examen _____

S N ¿El niño ha utilizado alguna vez un aparato del oído (para sordos)? _____

S N ¿Alguien en la familia/la parentela tiene pérdida de la audición? _____

Nombre del terapeuta: _____

Habla y lenguaje

S N ¿Se ha examinado el habla/lenguaje? ¿Cuándo? _____
Dónde: _____
Describe los resultados del examen _____
Su niño ha tenido problemas de:
S N ¿Fluidez o tartamudez? _____
S N ¿Hacer contacto visual cuando habla con otras personas?
S N ¿Alguien en la familia/la parentela tiene dificultades del habla o el lenguaje? ¿Quién? _____

Carácter

Indique si su hijo ha tenido alguna vez cualquiera de las siguientes actitudes, lo cual le preocupa o no está relacionado con su edad:
S N ¿Corto alcance de atención? _____
S N ¿Frustración frecuente o ataques de ira? _____
S N ¿Dificultad en situaciones sociales o en la interacción con pares? _____
S N ¿Dificultad en la transición de una actividad o de un lugar a otro? _____

Desarrollo: Complete todas las secciones hasta la edad actual de su hijo

Marque aquí si no presenta inquietudes con respecto al desarrollo

A los 3 meses, su hijo: No corresponde

S N Arrullaba o vocalizaba aparte de llorar
S N Giraba la cabeza hacia la dirección del sonido
S N Observaba cómo se movía un juguete de un lado a otro
S N Levantaba la cabeza y la mantenía elevada mientras estaba acostado boca abajo

A los 6 meses, su hijo: No corresponde

S N Le demostraba afecto
S N Agarraba y sostenía objetos
S N Utilizaba las manos para sostenerse al sentarse
S N De estar boca arriba, rodaba para estar boca abajo
S N Se mantenía de pie y sostenía algo para apoyarse con las manos

A los 9 meses, su hijo: No corresponde

S N Balbuceaba para sí mismo, otras personas y objetos
S N Miraba a las personas o juguetes familiares cuando se los mencionaba
S N Comía cereal y puré para bebés
S N Se sentaba solo
S N Se mecía desde atrás hacia adelante sobre las manos y las rodillas

A los 12 meses, su hijo: No corresponde

S N Dijo sus primeras palabras
S N Seguía órdenes simples, p. ej., "ven aquí"
S N Utilizaba gestos, como saludar con la mano o sacudir la cabeza
S N Respondía de inmediato al oír su nombre
S N Comía alimentos de la mesa solo
S N Bebía de un vaso con pico o una taza para bebés
S N Participaba en juegos de palmas y/o de escondidas
S N Gateaba
S N Caminaba sosteniéndose en los muebles
S N Se ponía de pie solo

A los 18 meses, su hijo: No corresponde

S N Decía de 5 a 15 palabras
S N Comprendía 50 palabras
S N Apuntaba hacia los objetos que quería
S N Imitaba muchas cosas en juegos, p. ej., barrer el piso, peinar el cabello
S N Caminaba solo

A los 24 meses, su hijo: No corresponde

S N Utilizaba más las palabras que los balbuceos/la jerga
S N Utilizaba oraciones de dos palabras
S N Jugaba con otras personas
S N Identificaba 5 partes del cuerpo
S N Podía correr bien
S N Subía algunas escaleras

A los 3 años, su hijo: No corresponde

S N Hablaba claramente, de manera que otras personas comprendían la mayor parte de lo que decía
S N Seguía indicaciones de dos pasos ("toma un pañal y alcánzame")
S N Recogía comida con una cuchara
S N Se alimentaba solo, excepto preparar el plato o cortar los alimentos
S N Comía una amplia variedad de alimentos
S N Se involucraba en juegos imaginativos
S N Mostraba interés en jugar con otros niños
S N Lograba ir al baño solo

A los 4 años, su hijo: No corresponde

S N Contaba historias, mezclando lo real con lo irreal
S N Utilizaba el lenguaje para fantasías, chistes y bromas
S N Jugaba bien en grupo
S N Se involucraba en dramatizaciones y fingía ser otra persona (el Hombre Araña, etc.)
S N Se vestía solo
S N Se abotonaba y subía el cierre de la ropa
S N Saltaba en un pie

A los 6 años, su hijo: No corresponde

S N Comenzó a aprender a leer, escribir y deletrear
S N Se ataba los zapatos y cerraba broches
S N Andaba en bicicleta sin ruedas de aprendizaje

Nombre del niño _____
Padre o tutor _____

Firma

Fecha

Nombre del terapeuta: