

KIDS DEVELOPMENTAL CLINIC
FORMULARIO DE ENTRADA/ APLICACION / REFERENCIA

Fecha del contacto inicial: _____

Fecha de la Orden: _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono Casa: _____

Nombre de la Madre: _____

Guardián: _____

Teléf. Trabajo: _____

Otro Familiar: _____

Aseguranza: _____

Dirección: _____

Póliza #: _____

Seguro Social del asegurado): _____

Numero del Paciente #: _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Ciudad: _____ Código Postal _____

Celular: _____ Sexo: M F

Nombre del Padre: _____

Relación: _____

Otro Teléf.: _____

Relación: _____ Teléf. _____

Nombre del asegurado: _____

Teléf.: _____

Grupo #: _____

Seguro social del niño(a): _____

Servicio requerido: PT OT ST

Diagnostico:

1. _____
Fecha

2. _____
Fecha

3. _____
Fecha

4. _____
Fecha

Entiende usted el diagnostico de su niña/o? Yes No

Si NO entiende el diagnostico, que preguntas tiene?: _____

Precauciones/Contraindicaciones: _____

Por favor, anote todas las alergias: _____

Alguien en su familia ha tenido retraso del desarrollo? _____

Como comunica su niño(a) sus necesidades y deseos? _____

INFORMACION GENERAL

Que idiomas habla su niño(a)? Cual es el idioma Principal? _____

Que idiomas se hablan en su casa? Cual es el idioma principal en su casa? _____

Describa lo que le preocupa acerca de su niño relacionado con la necesidad de Terapia Física (PT),
Terapia Ocupacional (OT) y/o Terapia de lenguaje (ST): _____

Cuando noto este problema por primera vez? _____

FAMILIA

Numero de hermanos(as): _____

Vivienda: Casa Apartamento: # de piso _____ Escaleras: Si No

Con quien vive su niño(a)? _____

HISTORIA PRENATAL Y NACIMIENTO

Es su niño(a) adoptado(a)? Si No

El niño esta bajo cuidado de crianza temporal (Foster care)? Si No

Salud de la madre durante el embarazo? (enfermedades, Medicaciones, accidentes etc.): _____

Edad de la Madre al nacimiento de su niño(a): _____ Numero de niños(as): _____

Numero de embarazos: _____ Cuidado PRE-natal: Si No

Duración de su embarazo (en semanas): _____

Parto Normal Uso de Fórceps Cesárea

Peso al nacer: _____

Condición general inmediatamente después del nacimiento: _____

Estuvo su niño(a) en cuidados intensivos o en el hospital? Si su respuesta es si, por favor explique: _____

Describa condiciones inusuales que pueden haber afectado su embarazo o parto. _____

HISTORIAL MEDICO

Por favor indique si su niño ha sufrido alguna de estas enfermedades o condiciones y a que edad:

Dolores de cabeza	_____	Gripes	_____	Infecciones de Oído	_____
Mareos	_____	Alergias	_____	Cólico	_____
Convulsiones	_____	Laringitis	_____	Reflujo	_____
Ataque de Apoplejía	_____	Bronquitis	_____	Enfermedades de los riñones	_____

Lesión cerebral _____	Neumonía _____	Enfermedades de los pulmones _____
Encefalitis _____	Asma _____	Enfermedades del corazón _____
Meningitis _____	Aspiración _____	Enfermedades de la piel _____
Varicela _____	Ceguera _____	Otros _____
Sarampión _____	Sordera _____	
Paperas _____		

Ha tenido su niño(a) cirugías (como extirpación de las Amígdalas o Adenoides etc.)? Si su contestación es SI, por favor explique de que tipo y cuando. _____

Describa accidentes mayores y hospitalizaciones. _____

Esta su niño(a) esta tomando Medicinas? Si su contestación es SI, nombre de la medicina y dosis. _____

Ha tenido su niño(a) alguna reacción negativa hacia algún medicamento? Si su contestación es si Explique. _____

HISTORIA DE SU DESARROLLO

Por favor escribe a que edad empezó su niño(a) a hacer las siguientes actividades:

Sentarse sin ayuda _____	Gatear _____	Caminar _____
Decir palabras _____	Combinar Palabras _____	Comer solo _____
Control de la Vejiga _____	Control de evacuación: _____	Vestirse _____

Tiene o ha tenido problemas con su alimentación (comer) (i.e. problemas al mamar, tragar, masticar etc....)? Si su contestación es Si, explique. _____

Ha tenido su niño(a) estudios de tragar o exámenes de el sistema Gastrointestinal? Si su contestación es si, por favor describa los resultados. _____

Que tipo de comidas prefiere su niño(a)? _____

Cuantas palabras dice su niña/o en una oración? _____ Si dice mas de 50, cuales son las palabras que mas dice? _____

Dificultad para escuchar? _____
 Han hecho estudios de su habilidad de escuchar? Si No
 Resultados? _____

Dificultad con la visión? _____
 Le han hecho exámenes de la visión? Si No
 Resultados? _____

COMPORTAMIENTO

Que actividades le gustan a su niño(a)? _____

Que actividades disfrutan en su familia? _____

En que habilidades/ actividades sobresale /tiene éxito su niño(a)? _____

Que habilidades o actividades son mas dificiles para su niño(a)? _____

Como se comporta su niño(a) en su hogar? _____

Como se comporta su niño(a) en la escuela? _____

Como juega con otros niños? _____

Cual es la actitud de su niño(a) hacia la escuela? _____

Por favor subraye las dificultades que su niño(a) tiene:

Grita	Pellizca	Híper-activo	sentarse tranquilo	Lastimarse a si mismo
Atención	Muerde	Pega	Moja la cama	

Otro: _____

Por favor subraye loa adjetivos que mejor describen a su niño(a):

Torpe	Ágil	Riesgoso	Cuidadoso	Amoroso	Distante
Callado	Ruidoso	Seguro	Tímido	Pasivo	Agresivo
Sociable	Juega solo	Terco	Amigable	Impulsivo	Gusta pocas comidas

Otras dificultades Psicológicas y del comportamiento:

Problemas Psicológicos/comportamiento? _____

Le han hecho algún tipo de estudio Psicológico o del comportamiento a su niña/o? Si No
Resultados? _____

Por favor escriba otros comentarios acerca de su niño(a) que usted cree debemos saber: _____

**KIDS DEVELOPMENTAL CLINIC
FORMULARIO DE ENTRADA/ APLICACION / REFERENCIA**

EDUCACIÓN DE SU NIÑO(A)

Escuela: _____ Teléfono: _____
Distrito Escolar: _____ Grado: _____ Nombre de Profesor(a): _____
Esta su niño(a) recibiendo terapia, tutoría, o un programa de educación especial? Si No
Si usted contesto si, indique que tipo de programa/ clase: _____
Horas en que esta disponible para tratamientos: _____

Medico de consulta: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléf.: _____ Fax: _____ NPI #: _____

(Por favor escriba todos los Médicos que ven a su niño(a). Si necesita espacio adicional, por favor continúe en el reverso de esta hoja.)

Medico specialist: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléf.: _____ Fax: _____ NPI #: _____

Medico especialista: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléf.: _____ Fax: _____ NPI #: _____

Proveedor de equipo Medico: _____ Contacto: _____

Lista de equipo que tiene: (Silla de ruedas, férulas o plantillas, y otros equipos de ayuda) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléf.: _____ Fax: _____

Otra agencia de terapia: _____ Servicios: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléf.: _____ Fax: _____ Terapeuta: _____

Resultados del tratamiento: _____

Otra agencia de terapia: _____ Servicios: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléf.: _____ Fax: _____ Terapeuta: _____

Resultados del tratamiento: _____

Referred by: _____ at _____ Phone: _____
