



CUESTIONARIO DE REGISTRO PEDIÁTRICO

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

Fecha: _____

BIENVENIDO A NUESTRA CLÍNICA. Para ayudarnos a darle atención, complete o encierre en un círculo las respuestas de la mejor manera posible.

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

El idioma principal de mi hijo es: _____ Otros idiomas a los que está expuesto mi hijo: _____

Mi hijo se comunica principalmente mediante (encierre en un círculo la mejor opción): **Verbalizaciones** **Gestos** **Gruñidos** **Señala**

¿Qué preocupaciones tiene? _____

¿Qué objetivo tiene para su hijo? _____

¿Ha recibido su hijo terapia antes? ☐ SÍ ☐ NO

CUÁNDO, DÓNDE, CUÁNTO TIEMPO y tipo de TERAPIA: _____

HISTORIA MÉDICA

¿En algún momento ha tenido su hijo algo de esto?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ADD/ADHD | ☐ Diarrea | ☐ Periventricular |
| ☐ Alergias | ☐ Infecciones de oído (¿cuántas? | ☐ Psoriasis/eczema |
| ☐ Lesión cerebral anóxica | ☐ _____) | ☐ Embolia Pulmonar/Coágulos de |
| ☐ Ansiedad/depresión/trastorno | ☐ Fracturas | ☐ sangre/DVT |
| ☐ bipolar/esquizofrenia/trastorno | ☐ GERD/Reflujo | ☐ Neumonía |
| ☐ negativista desafiante | ☐ Lesión en la cabeza | ☐ Convulsiones/Epilepsia |
| ☐ Malformación arteriovenosa | ☐ Pérdida auditiva | ☐ Trastorno del procesamiento |
| ☐ (AVM) | ☐ Hepatitis | ☐ sensorial |
| ☐ Artritis: OA/RA/Deg. Articular | ☐ Presión alta | ☐ Shunts |
| ☐ Asma/problemas respiratorios | ☐ Subluxación de cadera | ☐ Dificultades para |
| ☐ Autismo | ☐ Hidrocele | ☐ dormir/Trastorno del |
| ☐ Bomba de baclofeno | ☐ Incontinencia | ☐ Sueño |
| ☐ Cáncer, si respondió SÍ, | ☐ Enfermedades de los riñones | ☐ Estimulador |
| ☐ ¿de qué tipo? _____ | ☐ Laringomalacia | ☐ Lupus Eritematoso Sistémico |
| ☐ Parálisis cerebral infantil | ☐ Leucomalacia | ☐ Hábito de chuparse el pulgar/ |
| ☐ Dependencia de sustancias | ☐ MRSA / Cdiff / VRE / HIV | ☐ los dedos |
| ☐ químicas | ☐ Esclerosis Multiple | ☐ Tortícolis |
| ☐ Cólicos | ☐ Distrofia Muscular | ☐ Lesión cerebral traumática (TBI) |
| ☐ Estreñimiento | ☐ Osteoporosis | ☐ Alimentación por sonda |
| ☐ Síndrome de Down | ☐ Marcapasos | ☐ Tubos en los oídos |
| ☐ Problemas cardíacos: CHF/CAD | ☐ Neuropatía Periférica/Enfermedad | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Derrame cerebral/CVA/TIA | ☐ Vascular Periférica | ☐ Nervio vago |
| ☐ Diabetes | | ☐ Problemas de la vista |

Otras condiciones médicas: _____

Condiciones médicas ortopédicas: _____

Historia de operaciones: _____

Alergias (medicamentos, comida, etc.): _____

¿Toma su hijo actualmente algún medicamento? ☐ NO ☐ SÍ (si respondió SÍ, complete la lista de medicamentos)

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Peso al nacer _____ Estatura al nacer _____

Embarazo ☐ Sin Complicaciones ☐ Con Complicaciones (si marcó con complicaciones, seleccione las opciones abajo)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Eclampsia | ☐ Polihidramnios | ☐ HIV | ☐ Exposición a sustancias |
| ☐ Exposición a opioides/ medicamentos/otros productos farmacéuticos | ☐ Citomegalovirus (CMV) | ☐ Estreptococo del Grupo B | ☐ Toxemia |
| ☐ Diabetes Gestacional | ☐ Herpes | ☐ Pre-Eclampsia | ☐ Otro: |
| ☐ Partos múltiples | ☐ Foster | ☐ Trabajo de parto prematuro | |

¿Llegó el embarazo a término? ☐ Sí ☐ NO Si respondió NO, ¿entonces de cuántas semanas fue la gestación? _____

Otros comentarios sobre el embarazo: _____

Parto ☐ Sin Complicaciones ☐ Con Complicaciones (si marcó con complicaciones, seleccione las opciones abajo)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Desprendimiento de placenta | ☐ Trabajo de parto sin avance/ineficaz | ☐ Cordón umbilical enrollado alrededor del cuello |
| ☐ Presentación de nalgas | ☐ Posición de occipito-posterior (boca arriba) | ☐ Ruptura prematura de membranas |
| ☐ Bajo peso al nacer | ☐ Placenta Previa | ☐ Otro: |
| ☐ Extracción con ventosa negativa | | |

¿Cuál fue el método de parto? ☐ Vaginal ☐ Cesárea programada ☐ Cesárea de emergencia

☐ Presentación de nalgas

Si fue cesárea, ¿qué motivo hubo? _____

Otros comentarios sobre el parto: _____

Después del parto ☐ Sin Complicaciones ☐ Con Complicaciones (si marcó con complicaciones, seleccione las opciones abajo)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Anemia del premature | ☐ Hiperbilirrubinemia | ☐ Dependencia positive |
| ☐ Displasia broncopulmonar (BPD) | ☐ Retraso del crecimiento intrauterino (IUGR) | ☐ Síndrome de dificultad respiratoria |
| ☐ Labio leporino | ☐ Ictericia tratada con fototerapia o manta | ☐ Estridor respiratorio |
| ☐ Paladar hendido | ☐ Aspiración de meconio | ☐ Virus respiratorio sincitial (RSV) |
| ☐ Pie zambo | ☐ Enterocolitis necrosante (NEC) | ☐ Retinopatía del prematuro (ROP) |
| ☐ Citomegalovirus | ☐ Hipoxia neonatal | ☐ Trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas) |
| ☐ ECMO | ☐ Se necesitó oxígeno | ☐ Dependencia a respirador |
| ☐ Retraso del crecimiento | ☐ PDA | ☐ Derivación ventriculoperitoneal |
| ☐ Complicaciones de alimentación | | ☐ Otro |

Duración de la estancia en el hospital de su hijo al nacer: _____

Otros comentarios sobre el período después del nacimiento: _____

¿Qué alimentación tuvo inicialmente su hijo y hasta qué edad? ☐ Lactancia materna ☐ Biberón Edad: _____

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

ALIMENTACIÓN

- ¿Le avisa su bebé/hijo cuando tiene hambre? ☐ SÍ ☐ No
- ¿Cree que su bebé/hijo come lo suficiente? ☐ SÍ ☐ No
- ¿Cuántos minutos generalmente le toma alimentar a su bebé/hijo? ☐ <5 ☐ 5-30 ☐ >30
- ¿Debe hacer algo especial para ayudar a su bebé/hijo a comer? ☐ SÍ ☐ No
- ¿Le avisa su bebé/hijo cuando está satisfecho? ☐ SÍ ☐ No
- Según las preguntas de arriba, ¿tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su bebé/hijo? ☐ SÍ ☐ No

¿Cuántas comidas diferentes consume actualmente su hijo? ☐ <5 ☐ 5-10 ☐ >10

Si son <5, escriba una lista de las comidas: _____

ENTORNO EN CASA

Su hijo vive con (seleccione todo lo que corresponda):

- ☐ Madre biológica
- ☐ Padre biológico
- ☐ Madre adoptive
- ☐ Padre adoptive
- ☐ Madrastra
- ☐ Padrastro
- ☐ Abuela
- ☐ Abuelo
- ☐ Hermanos (si respondió SÍ, edades)
Edades: _____
- ☐ Otros familiares (si respondió SÍ, especifique)

- ☐ Tutor legal (si respondió SÍ, especifique)

¿Hay alguna historia de dificultades, retrasos o deficiencias del habla, del lenguaje o de la audición en la familia o familia extendida? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió SÍ, describa: _____

¿Es su hijo adoptado? ☐ SÍ ☐ No Si respondió SÍ, edad en el momento de la adopción: _____

Otra información sobre la adopción: _____

Mi hijo pasa la mayor parte del día en: _____

Cuando está en casa, mi hijo generalmente:

- ☐ Ve television
- ☐ Juega de manera independiente
- ☐ Juega con un adulto
- ☐ Otro:
- ☐ Juega con otros niños

Tipo de vivienda:

- ☐ Un solo nivel
- ☐ Centro de vida asistida
- ☐ Dos niveles
- ☐ Crianza temporal
- ☐ Apartamento en la planta baja
- ☐ Residencia comunitaria
- ☐ Apartamento en un piso superior
- ☐ Otro:

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

Accesibilidad: ☐ Escaleras para entrar en la casa: ☐ Pasamanos ☐ Rampa
 cantidad de escalones _____

Equipo que usa actualmente:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Aparatos ortopédicos | ☐ Bipedestador | ☐ Silla de ruedas: Eléctrica o manual |
| ☐ Férula para la mano | ☐ Sistema de rieles | ☐ Dispositivo generador de voz |
| ☐ Elevador Hoyer | ☐ Chaleco/manta con peso | ☐ Otro: |

Describa cualquier programa que haga actualmente en casa: _____

Haga una lista de los grupos de la comunidad o actividades deportivas en los que participa su hijo: _____

ESCUELA: _____ **Grado:** _____

¿Recibe su hijo terapia en la escuela? ☐ SÍ ☐ No Si respondió SÍ: Fecha del último IEP: _____

Objetivos actuales:

Ocupacionales: _____

Físicos: _____

Del habla: _____

¿Está su hijo en un programa de educación especial? ☐ SÍ ☐ No

¿Recibe su hijo alguna adaptación en el salón de clases? ☐ SÍ ☐ No

Si respondió SÍ, explique: _____

¿Le han hecho a su hijo una evaluación psicológica o neuropsicológica? ☐ SÍ ☐ No

¿Ha recibido su hijo alguno de los siguientes servicios? Si respondió SÍ, dé más información (tipo, situación, frecuencia, dónde, etc.)

- | | |
|---|--|
| ☐ ABA | ☐ Servicios de intervención temprana (EI) |
| ☐ Tecnología de apoyo | ☐ Terapia intensiva en suite para la vista |
| ☐ Audiología | ☐ Nutrición |
| ☐ Terapia conductual | ☐ Terapia social |
| ☐ Historia del desarrollo | ☐ Otro |

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

Descripción del menor:				
☐ Activo	☐ Cauteloso	☐ Miedoso	☐ Motivado	☐ Tímido
☐ Cariñoso	☐ Exigente	☐ Intrépido	☐ Pasivo	☐ Obstinado
☐ Agresivo	☐ Dificil de consolar	☐ Irritable	☐ Persistente	☐ Retraído
☐ Tranquilo	☐ Distraído	☐ Inseguro	☐ Juguetón	☐ Otro:

Juguetes/actividades de juego favoritos: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la seguridad de su hijo? ☐ SÍ ☐ No Si respondió SÍ, explique: _____

¿Puede su hijo seguir órdenes sencillas? ☐ SÍ ☐ No Ejemplo: _____

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

TERAPIA OCUPACIONAL

Marque cada actividad que el paciente pueda hacer y después escriba la edad cuando comenzó a hacerla.

¿Hace su hijo esto?

- ☐ Se abotona los pantalones/la camisa
- ☐ Se abrocha botones
- ☐ Comer sin ayuda con un cubierto
- ☐ Ha totalmente aprendido a ir al baño
- ☐ Tiene una mano dominante
- ☐ Imita el uso de herramientas (por ejemplo, cepillarse el pelo, usar un cepillo de dientes)
- ☐ Relaciona figuras
- ☐ Juega con objetos usando ambas manos
- ☐ Señala o toca objetos con un dedo (aisla los dedos)
- ☐ Se baña solo
- ☐ Se viste solo
- ☐ Apila bloques
- ☐ Se pone/se quita los calcetines y los zapatos
- ☐ Lanza/hace rodar una pelota
- ☐ Se ata los zapatos
- ☐ Usa tijeras
- ☐ Distingue entre la derecha y la izquierda
- ☐ Escribe su nombre

Comenzó a la edad de:

Si respondió Sí, ¿qué mano? _____

Procesamiento y regulación sensorial (seleccione todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Tropieza o se cae con frecuencia ☐ Parece torpe o menos coordinado ☐ Tiene dificultad para saber cómo mover el cuerpo o tarda más en hacer movimientos ☐ Tiene poca conciencia del espacio corporal y se choca con objetos ☐ Busca apoyo para mantener la postura (por ejemplo, se apoya en muebles, paredes o personas, se sostiene la cabeza) ☐ Demuestra patrones de movimiento rígidos o no flexibles ☐ Se fatiga rápidamente ☐ Tiene conductas autolesivas ☐ Se resiste a ciertas tareas o entornos ☐ Usa mucha presión al tocar a alguien o sostener un objeto | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Se resiste a ciertos movimientos (por ejemplo, rebotar, columpiarse, estar boca abajo) ☐ Hace girar objetos o gira sobre él mismo ☐ Es sensible a las luces, los sonidos o el ruido ☐ No tolera ciertas texturas (por ejemplo, ropa, superficies, comidas) ☐ Se resiste al contacto físico ☐ Busca (siente ganas intensas de) objetos visualmente estimulantes ☐ No permite que le cepillen los dientes ☐ Golpea superficies o se golpea la cabeza ☐ Aletea las manos ☐ Se lleva objetos a la boca con frecuencia ☐ Otro: |
|---|--|



FISIOTERAPIA

Comenzó a la edad de:

- Mantener la cabeza erguida sin ayuda
- Mantener la cabeza erguida mientras rebota sobre su rodilla
- Acostarse boca abajo apoyado sobre los codos con la cabeza erguida
- Llevarse ambas manos/pies a la boca mientras está acostado boca arriba
- Darse vuelta sin ayuda
- Pasar de estar acostado boca arriba a sentarse sin ayuda
- Sentarse solo sin apoyo
- Arrastrarse boca abajo sin ayuda
- Gatear sobre manos y rodillas sin ayuda
- Ponerse de pie sujetándose de una superficie de apoyo
- Caminar con apoyo del cuidador
- Gatear hacia delante y hacia atrás por los escalones
- Permanecer de pie sin apoyo
- Caminar sin ayuda
- Lanzar una pelota hacia adelante por encima de la cabeza estando de pie
- Mantenerse en cuclillas mientras juega
- Patear una pelota hacia delante sin perder el equilibrio
- Subir cinco escalones con apoyo del pasamanos o del cuidador
- Caminar hacia atrás mientras jala un juguete
- Saltar en el mismo lugar con ambos pies juntos
- Atrapar una pelota con ambas manos
- Pararse sobre un pie
- Saltar hacia delante impulsándose con ambos pies
- Subir y bajar escalones sin apoyo
- Correr sin caerse
- Saltar sobre un solo pie

¿Cómo se moviliza su hijo por la casa?

¿Hace demostraciones su hijo caminando de puntillas? ☐ Con zapatos ☐ Sin zapatos ☐ No, no lo hace

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

TERAPIA DEL HABLA

AUDICIÓN:

¿Alguna vez le han evaluado la audición a su hijo? ☐ SÍ ☐ No Cuándo/dónde: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo? ☐ SÍ ☐ No

Si respondió SÍ, explique: _____

Encierre en un círculo los sonidos que su hijo pronuncia correctamente:

b d f h l m n p r t v w y z sh

g k ch th br gr sl str thr tr s
a (cat) e (pet) i (hit) o (hot) u (cup) j (jelly) a (cake) e (tree) o (go) u (blue)

Haga una lista de los sonidos o palabras que le son difíciles a su hijo: _____

¿Cuál fue la primera palabra de su hijo y a qué edad la dijo? Palabra: _____ Edad: _____

¿Aproximadamente cuántas palabras produce su hijo? Si son menos de 10, haga una lista de las palabras::

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

Mi hijo dice (si son menos de 3 por categoría, haga una lista):

- | | |
|---|--|
| ☐ nombres de familiares | ☐ rutinas diarias (irse a dormir, bañarse, comer) |
| ☐ animales (nombre de la mascota, perro, gato, etc.) | ☐ partes del cuerpo |
| ☐ comida (jugo, agua, leche, galleta, papita) | ☐ ropa |
| ☐ juguetes | ☐ otro: _____ |

Estas personas entienden el habla de mi hijo:

(Marque las opciones que correspondan y escriba un cálculo del porcentaje del habla que esas personas entienden).

- | | |
|---|--|
| ☐ familiares que viven en la casa _____% | ☐ otros familiares _____% |
| ☐ proveedores de atención _____% | ☐ personas conocidas _____% |
| ☐ personas desconocidas _____% | |

Otra información sobre el niño:

¿Tiene su hijo dificultades para hacer contacto visual? ☐ SÍ ☐ No

¿Tiene su hijo dificultades para expresar sus pensamientos? ☐ SÍ ☐ No

¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación/comidas de su hijo? ☐ SÍ ☐ No

Si respondió sí, explique: _____

En promedio, ¿cuánto tiempo al día pasa su hijo frente a una pantalla (tablet, teléfono, computadora, televisión, etc.)?

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

Mi hijo sigue mis instrucciones cuando yo:

- ☐ uso gestos (extiendo las manos para cargarlo, me despido con la mano)
- ☐ digo palabras acompañadas de gestos (dice “mira” mientras señala)
- ☐ digo palabras y frases sencillas (alto, ven aquí)
- ☐ doy instrucciones de un paso (dame un abrazo, come tu galleta)
- ☐ doy instrucciones de dos pasos (busca tu manta y acuéstate; busca tus calcetines y tráelos aquí)

Mi hijo se comunica conmigo de las siguientes maneras:

- ☐ usa diferentes vocalizaciones para expresarse (grita, llora; tiene distintos tipos de llanto para diferentes emociones)
- ☐ gestos (levanta los brazos para que lo carguen)
- ☐ dice sonidos específicos para cosas (“uh” para arriba; “ma” para mamá; “di” para beber)
- ☐ habla en frases (más galleta, no baño, bájame)
- ☐ usa acciones físicas (lo lleva a usted al refrigerador, le pone un juguete en la mano)
- ☐ señala las cosas que quiere
- ☐ dice palabras específicas para cosas (no, adiós, comer)
- ☐ habla en oraciones (quiero una galleta.; voy afuera.)
- ☐ otro: _____

Cuando juega con otros niños, mi hijo a veces JUEGA:

- ☐ junto a otros niños sin compartir sus juguetes
- ☐ con otros niños diciéndoles qué hacer
- ☐ con otros niños siguiendo lo que hacen o dicen
- ☐ con otros niños compartiendo juguetes y hablando
- ☐ Mi hijo no juega con otros niños

Cuando juega, mi hijo:

- ☐ sacude y golpea objetos (por ejemplo, un sonajero, golpea una cuchara de madera)
- ☐ juega conmigo a juegos sencillos (por ejemplo, peek-a-boo, tortitas)
- ☐ hace uso adecuado de los juguetes (por ejemplo, hace rodar una pelota, apila bloques)
- ☐ usa juguetes en juegos de simulación (por ejemplo, usa bloques como hielo en vasos, usa una olla como tambor)
- ☐ juega con dos o más juguetes a la vez (por ejemplo, apila dos o más bloques, empuja un carrito contra bloques apilados)
- ☐ representa situaciones conocidas (por ejemplo, viste a una muñeca, finge beber de una taza)
- ☐ representa situaciones desconocidas (por ejemplo, hace caminar un animal de peluche por la selva)

A mi hijo le encanta recibir atención. Mi hijo:

- ☐ sonríe cuando le hablo
- ☐ “habla” cuando le hablo (gorjea, balbucea, etc.)
- ☐ se turna para hablar conmigo usando sonidos o palabras
- ☐ me invita a jugar con él o ella (deja caer un juguete a propósito para que lo recojan; me trae un juguete, etc.)

Mi hijo pone atención a lo que sucede a su alrededor. Mi hijo:

- ☐ reacciona a los sonidos (por ejemplo, se sobresalta cuando se cierra una puerta de golpe)
- ☐ levanta la mirada de lo que está haciendo cuando digo su nombre
- ☐ mira hacia donde señalo cuando le digo que mire _____
- ☐ mira a las personas que están hablando
- ☐ busca la comida que se le cayó de la silla de comer
- ☐ otro: _____

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

OBJETIVOS

El establecimiento de objetivos es necesario para ayudar con el tratamiento de su hijo y justificar la necesidad médica. Su opinión es fundamental para establecer los objetivos de su hijo.

Haga una lista de las actividades que su hijo no puede hacer actualmente, pero que usted considera que debería poder hacer:

¿Podía hacer alguna de estas actividades antes? Si respondió Sí, haga una lista: _____

¿Qué ha hecho para ayudar a corregir estas dificultades? _____

¿Qué ha sido útil? _____

¿Qué no ha sido útil? _____

¿Está su hijo consciente de sus dificultades? _____

Si respondió Sí, ¿cómo se siente al respecto? _____

Mencione sus objetivos para la terapia del paciente: _____

Otros comentarios _____

Indique abajo una dirección de correo electrónico válida:

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Podemos enviarle mensajes por correo electrónico ☐ SÍ ☐ No

Firma

Fecha

Hora

Nombre del tutor que completa el formulario en
letra de molde