



Rady Children's Hospital – San Diego  
 3020 Children's Way  
 San Diego, CA 92123-4282

DTR1394



PATIENT INFORMATION

Name: \_\_\_\_\_  
 MR#: \_\_\_\_\_ Finance: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 MD: \_\_\_\_\_

**Cuestionario del Desarrollo**

**Identificación**

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NAC.	SEXO MASC. FEM.	EDAD
MÉDICO PRIMARIO			
PERSONA QUE CONTESTA ESTE CUESTIONARIO			FECHA
RELACION CON EL PACIENTE			

**Descripción del Problema**

Describe lo más posible la razón de su visita / su preocupación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo notó el problema por primera vez?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El paciente ha recibido ayuda para este problema? De ser así, ¿qué tipo?

¿Dónde?	¿Cuándo?
---------	----------

¿Qué es lo que espera de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

**Preguntas Generales del Desarrollo**

**A. Historia familiar**

Haga una lista de los hermanos(as)

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento

Algunos de los familiares (incluyendo padres, abuelos, hermanos, tías, tíos, primos) han padecido uno de los siguientes:

	SÍ	NO	Y si ¿cuándo?
Autismo			
Problema del desarrollo			
Problemas de drogas y alcohol			
Problemas de audición			
Hiperactividad			
Problema de aprendizaje			
Retraso mental			
Problemas psicológicos			
Convulsiones o epilepsia			
Problemas severos de comportamiento			
Problema del habla			

Último año académico del: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

¿Qué otros idiomas se hablan en la casa? \_\_\_\_\_

¿Por quiénes y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Ha habido eventos que han causado estrés?  Sí  No ¿De quién?  Padres  Paciente Explique: \_\_\_\_\_

¿Usted o su hijo(a) tiene ansiedades o miedos relacionados con la visita de hoy?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

## B. Historia del Embarazo Y Nacimiento

¿Hubieron complicaciones, enfermedades, accidentes o estrés producido por eventos durante el embarazo? Sí  No

De ser así, explique \_\_\_\_\_

¿La madre usó medicamentos con recetas, sin receta o drogas ilegales, hierbas o alcohol durante el embarazo? Sí  No

De ser así, explique: \_\_\_\_\_

¿Fue el bebé prematuro? Sí  No  ¿Cuántas semanas antes? \_\_\_\_\_

¿Dónde nació el bebé? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas estuvo el bebé en el hospital? \_\_\_\_\_  
(días /meses)

¿Hubo problemas poco comunes al nacer?  Dificultad para respirar  Dificultad para comer

Explique: \_\_\_\_\_

¿Tuvo el bebé moretones o anomalías en la cabeza / cuerpo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesó el bebé al nacer? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la evaluación APGAR? \_\_\_\_\_

## C. Historial Médico

¿Está el paciente al cuidado de un médico?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Están las vacunas al corriente?  Sí  No

¿Tiene dolor?  Sí  No De ser así, explique: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento?  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_

¿Toma medicinas de hierbas?  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_

¿Cree usted que el paciente oye bien?  Sí  No ¿Con una prueba de audición?  Sí  No ¿De ser así, cuándo? \_\_\_\_\_

¿Dónde?  Sí  No Resultados: \_\_\_\_\_

¿Cree que la visión del paciente es normal?  Sí  No ¿Usa anteojos?  Sí  No

¿A qué edad ocurrió lo siguiente? Explique

	EDAD	EXPLIQUE		EDAD	EXPLIQUE
Adenoidectomía			Problemas de los ojos		
Alergias			Problemas del corazón		
Asma			Fiebres altas		
Resfriados crónicos			Meningitis		
Problemas dentales			Problemas musculares		
Diabetes			Convulsiones		
Infecciones de oídos			Extracción de anginas		
Encefalitis			Otros		

Describe alguna otra enfermedad, lesión, problemas físicos, hospitalizaciones que no se mencionaron antes.

---



---



---

## D. Historia del Desarrollo

A qué edad ocurrió lo siguiente:

Sostuvo la cabeza:	Se rodaba:	Se sentó por sí solo:	Gateo:	Camino sólo:
Dejó la botella:	Dijo las primeras palabras:	Usó palabras juntas:	Avisó para ir al baño:	Siguió instrucciones sencillas:

¿Cuánto puede entender de lo que habla su niño(a)?

- 0%     
  10%     
  25%     
  50%     
  75%     
  100%     
  Demasiado pequeño para hablar

Marque cuando aplicaron/ aplica a su niño(a)

	Sí	No	Explique (anote la edad)
Generalmente indiferente al sonido			
No responde cuando lo llama			
Responde a ruidos, no cuando se le habla			
Patrón irregular del sueño			
Dificultad para succionar			
Dificultad para masticar			
Dificultad para tragar			
Prefiere comida blanda			
Salivación excesiva			
La comida sale por la nariz			

Alguna vez ha sido diagnosticado el paciente con:

X		POR QUIÉN	CUÁNDO	¿ESTA DE ACUERDO?	
				Sí	No
	Autismo				
	Parálisis cerebral				
	Síndrome del desarrollo				
	Problemas de movimientos finos				
	Problema de los movimientos mayores				
	Traumatismo craneal				
	Pérdida de audición				
	Problema de aprendizaje				
	Retraso mental				
	Problema neurológico				
	Problema del habla o el lenguaje				
	Deficiencia visual				
	Otros (especifique)				

Marque todas las evaluaciones o terapias recibidas. Si la recibió el paciente, ponga "P"; si la recibió otro familiar, ponga una "F".

\_\_\_\_\_ Patología del habla-lenguaje     
 \_\_\_\_\_ Terapia ocupacional     
 \_\_\_\_\_ Eval. de conducta     
 \_\_\_\_\_ Eval. psicológica  
 \_\_\_\_\_ Terapia física     
 \_\_\_\_\_ Eval. del oído     
 \_\_\_\_\_ Ayuda de un consejero     
 \_\_\_\_\_ Eval. de nutrición  
 \_\_\_\_\_ Clases para padres     
 \_\_\_\_\_ Eval. académica     
 \_\_\_\_\_ Eval. del desarrollo

Describe los resultados:

---



---



---

## E. Conducta Social

Marque lo que se aplique al paciente:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Flacidez al cargarlo                 | <input type="checkbox"/> Agresivo                | <input type="checkbox"/> Dificultad de separación                   |
| <input type="checkbox"/> Tenso al cargarlo                    | <input type="checkbox"/> Muerde                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para llevarse con otros niños   |
| <input type="checkbox"/> Se resiste que lo carguen            | <input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo   | <input type="checkbox"/> Dificultad para llevarse con otros adultos |
| <input type="checkbox"/> Lloro mucho, está irritable, molesto | <input type="checkbox"/> Vive en su propio mundo | <input type="checkbox"/> Dificultad para seguir en una actividad    |
| <input type="checkbox"/> Poco activo                          | <input type="checkbox"/> Le gusta mecerse        | <input type="checkbox"/> Problemas para que avise ir al baño        |
| <input type="checkbox"/> Muy activo                           | <input type="checkbox"/> Prefiere jugar sólo     | <input type="checkbox"/> Dificultad de disciplina                   |

¿Cómo disciplina a su niño(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe cualquier comportamiento que sea un problema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## F. Historial Académico

¿Asiste su niño(a) a una guardería o preescolar?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

- Educación regular  Educación especial  Servicios de terapia  Programa de escuela en casa

¿Cómo le va en la escuela?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El paciente recuerda las instrucciones para sus tareas? \_\_\_\_\_

¿El paciente sigue instrucciones? \_\_\_\_\_

¿El paciente retiene lo que le enseñan? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su opinión acerca de la capacidad de aprender del niño? \_\_\_\_\_

¿Se le ha hecho recientemente un IEP o IFSP?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Que le gustaría lograr para el paciente con esta evaluación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_