



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

## Cuestionario para la evaluación de deglución (pasar comida) Terapia Ocupacional

Fecha: \_\_\_\_\_

Su niño(a) ha visto a otro **especialista** (como el gastroenterólogo, nutricionista o el terapeuta de la alimentación) para identificar dificultades para comer? Sí No

Si es el caso, especifique: \_\_\_\_\_

Tiene su niño(a) alguna **alergia a alimentos o intolerancias**? Sí No

Si es el caso, especifique: \_\_\_\_\_

Alguna vez su niño(a) ha tenido **disfagia o un estudio del conducto gastrointestinal superior**?

Sí No

Si es el caso, Dónde? \_\_\_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

Se le ha dado a su niño(a) un **diagnóstico** específico? (marque el indicado)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Displasia broncopulmonar        | Problemas de audición                     |
| Parálisis Cerebral              | Hidrocefalia                              |
| Enfermedad pulmonar crónica     | Prematuro                                 |
| Labio y paladar hendido         | Trastorno de convulsiones                 |
| Enfermedad cardiaca congénita   | Enfermedad de la traquea/ laringe         |
| Retraso en el desarrollo        | Traqueotomía                              |
| Síndrome de Down                | Problemas de la visión                    |
| Desnutrición/ problemas de peso | Parálisis en las cuerdas vocales /paresis |

Otro: \_\_\_\_\_

Alguna vez su niño(a) ha sido **hospitalizado** o ha tenido un **procedimiento quirúrgico**? (marque el indicado)

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| Alergias                | Gastrostomía        |
| Asma                    | Fondoplastía Nissen |
| Bronquiolitos           | Pulmonía            |
| Deshidratación          | Tubos PE            |
| Desnutrición            | RSV                 |
| Reflujo gastroesofageal | Anginas/ adenoides  |

Otros: \_\_\_\_\_

Su niño(a) tiene alguna de las siguientes? (marque el indicado)

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Dificultad para succionar | Ahogo                    |
| Atragantamiento           | Dificultad para masticar |
| Vómito al comer           | Tos                      |
| Rechina los dientes       | Hipersensitividad        |
| Salivación                | Otro: _____              |

Su niño(a) tiene una de los siguientes comportamientos durante las comidas? (marque el indicado)

- |             |   |
|-------------|---|
| Llora       | Juega con la comida en la boca                          |
| Escupe      | Se voltea   |
| Tira comida | Empuja la comida/ los cubiertos                         |
| Vomita      | Se enfoca en juguetes/ televisión durante los alimentos |
| Otro: _____ |   |

Qué alimentos toma actualmente su niño(a)?Cuál es la **respuesta a estos alimentos?**

Alimentos	Sin Dificultad	Atragantamiento	Ahogo	Tos	Vómito	Congestión	Cambio De voz
<b>Fórmula / Leche materna</b>							
<b>Comida de bebé</b> (etapa 1 o 2)							
<b>Comida de bebé grumosa</b> (etapa 3)							
<b>Sólidos suaves para masticar</b> (pasta, fruta de lata vegetales cocidos)							
<b>Sólidos duros para masticar</b> (galletas dulces o saladas)							
<b>Alimentos masticables</b> (carnes)							

Cuál es el alimento **preferido** de su niño(a)? \_\_\_\_\_

Cuáles alimentos **no son los preferidos?** \_\_\_\_\_

Describe una **comida típica** (Donde se sienta, rutina típica, duración de la comida) \_\_\_\_\_

Indique cualquier **preocupación** que tenga cuando come su niño(a): \_\_\_\_\_

**Sólo para niños alimentados por tubo**

Qué tipo de tubo tiene su niño(a)?: gastrostomía    nasogástrico    nasoyeyunal

Cómo recibe sus comidas?:

**Alimentación continua:** \_\_\_\_\_ ml / oz en \_\_\_\_\_ horas

Empieza a las: \_\_\_\_\_ Termina: \_\_\_\_\_

Empieza a las: \_\_\_\_\_ Termina: \_\_\_\_\_

**Alimentación en bolo:** \_\_\_\_\_ ml / oz por comida

Se la da a las \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_