



**Rady Children's Hospital-San Diego
Developmental Services**
3020 Children's Way
San Diego, CA. 92123-4282

PATIENT INFORMATION

Name: _____
MR#: _____ Finance: _____
DOB: _____
MD: _____

***DTF14**

Cuestionario sobre el Desarrollo – DEC/ADI/KidSTART

Nombre de la persona que completa este formulario: _____ Fecha: _____

Parentesco con el niño: _____

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

Sexo del niño: Masculino Femenino

Seleccione la etnicidad principal del niño

No es Hispánico (seleccione una de las siguientes razas primarias)

Hispánico (seleccione una): Cubano Dominicano Mexicano/Americano Puertorriqueño Salvadoreño Otro _____

Seleccione la raza principal del niño (seleccione una)

Indio asiático Negro/Afroamericano Camboyano Caldeo Chino Esquimal/Nativo de Alaska Etíope
Filipino Guamano Nativo de Hawái Hmong Iraní Iraquí Japonés Coreano Laosiano
Mien Otro Asiático Otro no Blanco /No-Caucásico Otras Islas del Pacífico Samoano Sudanés
Vietnamita Blanco/Caucásico Desconocido/No Reportado

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? _____ ¿Qué idioma se habla en la guardería? (si corresponde) _____

¿Qué otros idiomas habla el niño? _____ ¿Que otros idiomas entiende el niño? _____

¿Qué otros idiomas se hablan en casa? _____ ¿Quiénes lo hablan y con cuánta frecuencia? _____

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

¿Quién lo envió para esta evaluación? _____

Describa el motivo de la derivación/preocupación: _____

¿Cuándo notó el problema por primera vez? _____

EMBARAZO E HISTORIA CLÍNICA DE NACIMIENTO

¿Con cuántas semanas de gestación supo la madre supo que estaba embarazada? _____

Durante el embarazo, ¿hubo complicaciones, enfermedades, accidentes o eventos estresantes? Sí No

Si contesto "Sí", explique: _____

Durante el embarazo, ¿consumió medicamentos con o sin receta médica, drogas ilegales, hierbas o alcohol? Sí No

Si contesto "Sí", explique: _____

Durante el embarazo, ¿consumió tabaco? Sí No Durante el embarazo, ¿recibió cuidado prenatal? Sí No

¿Fue el bebé prematuro? Sí No Si contestó "Sí", ¿de cuántas semanas nació? _____

¿Cómo fue el parto? Parto vaginal Cesárea planificada (Motivo: _____) Cesárea de emergencia (Motivo: _____)

¿Dónde nació el bebé? _____

¿Hubo alguna complicación durante el parto? Sí No Si contesto "Sí", explique _____

¿Cuánto pesó el bebé al nacer? _____ ¿Cuál fue la puntuación del test de APGAR? _____

¿Tuvo el niño moretones o anomalías en la cabeza/cuerpo? _____

¿Tuvo algún problema durante o después del parto? Dificultad para respirar Dificultad con la lactancia/alimentación Otro: _____

Explique: _____

¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital después del parto? _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico primario del niño: _____

¿Está el niño bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Quién? _____ ¿Por qué? _____

¿Tiene sus vacunas al día? Sí No

¿Tiene el niño dolor? Sí No Si contesto "Sí", explique: _____

¿Está el niño tomando medicamentos? Sí No ¿Qué tipo? _____ ¿Por qué? _____

¿En el pasado ha tomado medicamentos psiquiátricos? Sí No

Si ha contestado "Sí", haga una lista de los medicamentos relacionados con el problema del niño: _____

¿Está tomando hierbas/tratamientos alternativos? Sí No Tipo(s) _____ ¿Por qué? _____

¿Sigue alguna dieta especial? Sí No Tipo(s) _____

¿Considera que la audición del niño es normal? Sí No ¿Le han hecho al niño una prueba de audición? Sí No

Si contesto "Sí", ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Considera que la visión del niño es normal? Sí No ¿Le han hecho al niño una prueba de visión? Sí No

Si contesto "Sí", ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Usa lentes? Sí No

¿Tiene alergias? Sí No Si contesto "Sí", explique: _____

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? Sí No Si contesto "Sí", explique: _____

¿Cuándo tuvo la última consulta con su pediatra? Fecha de la consulta: _____

¿Cuándo tuvo la última consulta con el dentista? Fecha de la consulta: _____

Describa toda enfermedad grave, lesiones, problemas físicos u hospitalizaciones no mencionados anteriormente.

¿A qué edad presentó lo siguiente?

			Edad				Edad				Edad
Alergias	Sí	No		Retraso en el desarrollo	Sí	No		Ictericia	Sí	No	
Asma	Sí	No		Diabetes mellitus	Sí	No		Meningitis	Sí	No	
Espectro de Autismo	Sí	No		Infecciones de oído	Sí	No		Discapacidad Intelectual	Sí	No	
Bomba de Baclofen	Sí	No		Problemas de audición	Sí	No		Enfermedad neuromuscular	Sí	No	
Reparación de craneosinostosis	Sí	No		Hidrocefalia	Sí	No		Infección urinaria recurrente	Sí	No	

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

			Edad				Edad				Edad
Adenoidectomía	Sí	No		Amigdalectomía	Sí	No		Cirugía de los ojos	Sí	No	
Tubos dentro del oído	Sí	No		Anomalía congénita/de nacimiento	Sí	No		Otro	Sí	No	

HISTORIAL DEL DESARROLLO

¿A qué edad empezó a hacer lo siguiente?

Sostener la cabeza:	Darse la vuelta:	Sonreír socialmente:	Sentarse solo sin ayuda:
Gatear:	Caminar agarrándose de cosas:	Caminar por sí solo:	Correr:
Balbupear:	Decir sus primeras palabras:	Juntar palabras:	Hacer frases:
Dejar el biberón:	Alimentarse por sí solo con cuchara:	Aprender a ir al baño durante el día: Aprender a ir al baño durante la noche:	Seguir instrucciones sencillas:

Describa al niño cuando era bebé/niño de 2 a 3 años (irritable, fácil, social, serio):

¿Ha perdido alguna habilidad? (p/ej.: ya hablaba y dejó de hacerlo)

No	Sí	Si así fue, describa y anote la edad:
----	----	---------------------------------------

¿Cuánto entiende del habla del niño? 0% 10% 25% 50% 75% 100% N/A (no habla)

Indique si su niño tiene/tuvo las siguientes dificultades, y anote la edad en que comenzaron a preocuparle

Indique si su niño tiene/tuvo las siguientes dificultades, y anote la edad en que comenzaron a preocuparle	Describa las dificultades/ inquietudes:
Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Dificultades para comer <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Aversión a alimentos <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Problemas para ir al baño <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Problemas de estreñimiento <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Diarrea crónica <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Dificultades sensoriales <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Preocupaciones con la seguridad <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Preocupaciones de comportamiento <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Retraso motriz <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	
Dificultad de coordinación <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado (Edad: _____)	

Describa alguna otra preocupación que tenga o haya tenido sobre el desarrollo o el comportamiento del niño.

COMPORTAMIENTO SOCIAL

Marque lo sea aplicable:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Flácido cuando lo carga | <input type="checkbox"/> Agresividad | <input type="checkbox"/> Dificultades de separación |
| <input type="checkbox"/> Tenso cuando lo carga | <input type="checkbox"/> Muerde | <input type="checkbox"/> Dificultad para interactuar con otros niños |
| <input type="checkbox"/> Se resiste a que lo carguen | <input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo | <input type="checkbox"/> Dificultad para relacionarse con adultos |
| <input type="checkbox"/> Lloro mucho, irritable | <input type="checkbox"/> Vive en su propio mundo | <input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer en una actividad |
| <input type="checkbox"/> Poco activo | <input type="checkbox"/> Se mece | <input type="checkbox"/> Problemas para aprender ir al baño |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo | <input type="checkbox"/> Difícil de disciplinar |

¿Cómo disciplina a su hijo?

Describa algún comportamiento que sea un problema para los padres:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cite las personas que viven en casa con el niño:

NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO

¿Ha habido algún cambio en la familia/ estructura familiar? (cambio de domicilio, divorcio, etc.) Sí NoSi contesto "Sí", explique: _____

Estado civil: Casado _____ Nunca ha estado casado _____ Separado _____ Divorciado _____

¿Existe un acuerdo de custodia? Por favor, explique: _____

Padre/Cuidador 1: _____

Nombre: _____

Relación con el niño: _____

¿Cómo llama el niño al padre/cuidador 1?: _____

Edad que tenía el cuidador cuando nació el niño: _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación del cuidador?

- Inferior a escuela secundaria
 Secundaria/GED
 Diploma de asociado
 Licenciatura
 Maestría
 Doctorado
 Otro: _____

Profesión: _____

Padre/Cuidador 2: _____

Nombre: _____

Relación con el niño: _____

¿Cómo llama el niño al padre/cuidador 2?: _____

Edad que tenía el cuidador cuando nació el niño: _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación del cuidador?

- Inferior a escuela secundaria
 Secundaria/GED
 Diploma de asociado
 Licenciatura
 Maestría
 Doctorado
 Otro: _____

Profesión: _____

Si uno o ambos de los padres biológicos son diferentes del padre/cuidador arriba mencionado, ¿tiene alguna información adicional relacionada con los padres biológicos que pueda ayudarnos con la evaluación del niño? Sí No¿Ha ocurrido recientemente algún evento estresante significativo? Sí No ¿Para quién? El padre El niñoSi contesto "Sí", explique: _____

 _____¿Ha estado el niño expuesto a eventos traumáticos, ya sea actualmente o en el pasado (médico, abuso físico o sexual, negligencia)? Sí NoSi contesto "Sí", explique: _____

¿Tiene alguna preocupación inmediata acerca de la seguridad de su hijo? Sí No Si macro "sí", explique:

¿Algún pariente ha presentado algo de lo siguiente? (incluye a padres, abuelos, hermanos y hermanas, tías, tíos, primos)

	Sí	No	Si contesto "sí", quién/explique
ADHD Hiperactividad/falta de atención			
Abuso de alcohol			
Ansiedad			
Trastorno del Espectro de Autismo			
Problemas de comportamiento			
Depresión/Difíciles estados de ánimo			
Retraso en el desarrollo			
Drogas o abuso			
Problemas de audición			
Discapacidad Intelectual (previamente conocido como retraso mental)			
Dificultades de aprendizaje			
Enfermedad mental			
Obsesiones /Compulsiones			
Psicosis			
Convulsiones o epilepsia			
Retraso en el habla/problemas			

Por favor, indique cualquier otra afección que tenga algún miembro de la familia: _____

FORMACION EDUCATIVA

¿Asistió / Asiste su niño a una guardería o centro preescolar? Sí No ¿Dónde? _____

¿A cuántas escuelas ha asistido su niño desde el 1er grado? _____

Nombre de la escuela a la que asiste actualmente: _____ Grado actual: _____

Ambiente académico actual:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela pública | <input type="checkbox"/> Aula de educación regular |
| <input type="checkbox"/> Escuela privada | <input type="checkbox"/> Aula de educación especial |
| <input type="checkbox"/> Escuela chárter | <input type="checkbox"/> Aula independiente |
| <input type="checkbox"/> Educación en casa | <input type="checkbox"/> Aula de recursos |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Recibe el niño en la escuela lo siguiente?:

- Apoyo escolar
 Ayudante personal
 Otro: _____

Nivel académico/ ayuda actual:

¿Tiene el niño un IEP? Sí No Si contestó "Sí", cual es la clasificación educativa del IEP? _____

¿Tiene un plan 504? Sí No

¿Repitió algún grado? Sí No Si contesto "Sí" ¿qué grado? _____

¿Tuvo ausencias prolongadas a la escuela? Sí No

¿Tiene alguna preocupación respecto al desempeño escolar de su niño?: Sí No

Si contesto "Sí", explique cuál es su preocupación: _____

¿Tiene alguna preocupación respecto al comportamiento de su niño en la escuela?: Sí No

Si contesto "Sí", explique cuál es su preocupación: _____

HISTORIAL DE EVALUACIONES

¿Recibió su hijo alguna de las siguientes evaluaciones? Indique cuales.

	✓	¿Por quién?	¿Cuándo / Dónde?	Resultados / Diagnósticos
Evaluación del desarrollo (por ejemplo First 5, DSEP)				
Evaluación del desarrollo y psicológica				
Evaluación del habla y del lenguaje				
Evaluación de terapia ocupacional				
Evaluación de fisioterapia				
Evaluación por parte del distrito escolar				
Evaluación por parte de CA EARLY START/ San Diego Regional Center				
Otro (especifique): _____				

Información adicional: _____

¿Recibió su hijo alguno de estos diagnósticos?

✓		¿Por quién?	¿Cuándo?	¿Está de acuerdo?	
				Sí	No
	Trastorno del espectro autista				
	Parálisis cerebral				
	Retraso en el desarrollo				
	Retraso motriz fino				
	Retraso motriz grueso				
	Lesión en la cabeza				
	Pérdida de audición				
	Problemas de aprendizaje				
	Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)				
	Trastorno neurológico				
	Trastorno del habla y/o lenguaje				
	ADHD				
	Depresión				
	Ansiedad				
	Deficiencia visual				
	Otro (especifique)				

Información adicional: _____

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN

¿Ha recibido su hijo en el pasado alguno de los siguientes servicios?

	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado	FECHA DE SERVICIO INICIAL	LUGAR DEL SERVICIO
CA Early Start	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Centro Regional San Diego	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Terapia del habla y lenguaje	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Terapia ocupacional	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Terapia física	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Terapia del comportamiento (ABA)	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Asesoría/Salud mental	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		
Intervención de habilidades sociales	☐ Sí ☐ No	☐ Actual ☐ Pasado		

Enseñanza a los padres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado		
Intervenciones de nutrición/Alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado		
Tutoría/ Terapia educacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado		

Información adicional: _____

METAS

¿Qué desea lograr para su hijo a través de este proceso de evaluación? _____
