

PROGRAMA DE DESARROLLO PEDIÁTRICO Y REHABILITACIÓN
FORMULARIO DE ADMISIÓN CON ANTECEDENTES DEL NIÑO

Nombre del niño(a): _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____

Relación con el niño(a): _____

Persona con la que vive el niño(a): _____

Por favor indique todas sus inquietudes o preocupaciones:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿Qué quiere que ocurra en esta evaluación?

¿Su hijo toma algún medicamento? Indique el medicamento y la dosis:

¿Qué idioma(s) hablan los padres? _____

¿Qué idioma(s) habla el niño(a)? _____

¿Tiene alguna preferencia cultural o religiosa que quisiera que supiéramos? _____

¿Su hijo está al día con las vacunas? Sí No

¿Tiene su hijo alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, indique a qué es alérgico su hijo(a): _____

Durante el embarazo, ¿la madre consumió: alcohol? Sí No drogas? Sí No

cigarrillos o tabaco? Sí No medicamentos? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué medicamentos? _____

Es su hijo(a) biológico de acogida adoptado

Si es adoptado, ¿a qué edad lo adoptaron? _____

Fue concebido con tecnología de reproducción asistida (TRA, FIV)

Parto:

Edad de la madre en el momento del parto: _____

Edad del padre en el momento del parto: _____

Cantidad de embarazos anteriores: _____

Cantidad de abortos naturales anteriores: _____

El niño(a) nació a término (37-42 semanas) prematuro ____ cant. de semanas de gestación¿El parto fue inducido? Sí NoTipo de parto: Vaginal De nalgas Fórceps Cesárea

Peso de nacimiento: _____ Puntajes de Apgar (si se sabe): _____

Unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) Sí No¿Tuvo la madre “tristeza posparto” (depresión posparto)? Sí No

¿Algún problema durante el embarazo, el trabajo de parto o el nacimiento? _____

Antecedentes clínicos del recién nacido:

¿Pasó su hijo(a) el examen de la audición para el recién nacido? _____

¿Cuándo fue el último examen de la vista y de la audición de su hijo(a)? _____

Indique cualquier problema médico, de alimentación o de desarrollo de su bebé.

Indicadores del desarrollo: Indique la edad aproximada en la que su hijo(a) logró las siguientes etapas de desarrollo (*si lo recuerda*)**Indicadores del desarrollo****Indicadores del desarrollo**

	Edad		Edad
Habilidades motrices		Habilidades del lenguaje/comunicación	
Se dio vuelta		Sonrió	
Se sentó solo		Balbuceó (“ba-ba-ba”)	
Gateó		Dijo “mamá”	
Caminó solo		Dijo “papá”	
Anduvo en triciclo		Respondió a su nombre	
Habilidades de autocuidado		Usó palabras sueltas	
Comió con los dedos		Combinó 2 palabras	
Usó la cuchara para comer solo		Habló en oraciones	
Comió sin ayuda		Siguió una instrucción sencilla	
Aprendió a ir al baño durante el día		Entendió la palabra “no”	
Se vistió solo		Señaló una parte del cuerpo	
Se ató los cordones solo			

Antecedentes:

Indique cualquier enfermedad grave, cirugía u hospitalizaciones que su hijo haya tenido:

Describa cualquier sensibilidad que su hijo(a) pueda tener con el movimiento, la sensación o el tacto, o los sonidos:

Antecedentes familiares (madre, padre, hermanas o hermanos):

¿Algún miembro de su familia tiene los siguientes problemas? Márquelos

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Trastornos genéticos | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones de la vista | <input type="checkbox"/> Discapacidades del aprendizaje | <input type="checkbox"/> ADHD/ ADD |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Retraso mental/discapacidad intelectual | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental: Ansiedad, depresión, bipolaridad, TOC, esquizofrenia, tics | | |

Otros _____

Antecedentes escolares:

¿Dónde asiste su hijo al preescolar, a la guardería o a la escuela? _____

¿Cuándo? _____

¿Qué servicios especiales en la escuela recibe su hijo(a)? _____

Antecedentes de terapia:

Indique los tipos de terapia actuales y pasados que su hijo(a) haya recibido: _____

¿Hay algo más que quisiera que supiéramos sobre su hijo? _____
