

# Historia Medica

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

## Embarazo / Parto

- El Embarazo procedido  Sin complicaciones  
 Con complicaciones
- |                                                              |                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eclampsia                           | <input type="checkbox"/> Positivo para Strep B |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional                | <input type="checkbox"/> Preeclampsia          |
| <input type="checkbox"/> Nacimientos Múltiples               | <input type="checkbox"/> Parto prematura       |
| <input type="checkbox"/> Polihidramnios                      | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias   |
| <input type="checkbox"/> Positivo para Citomegalovirus 'CMV' | <input type="checkbox"/> Toxemia               |
| <input type="checkbox"/> Positivo para el Herpes             | <input type="checkbox"/> Otro _____            |
| <input type="checkbox"/> Positivo para el VIH                |                                                |

Duración del embarazo (en semanas) \_\_\_\_\_ Cuidado Prenatal fue  Recibido  No recibido

- Parto procedió  Sin complicaciones  
 Con complicaciones
- |                                                                  |                                                                |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Placenta abrupta                        | <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas        |
| <input type="checkbox"/> La presentación de nalgas Bajo          | <input type="checkbox"/> Presentación transversal              |
| <input type="checkbox"/> peso al nacer                           | <input type="checkbox"/> Cordón Prolapsado                     |
| <input type="checkbox"/> Aspiradora negativa                     | <input type="checkbox"/> Uso de fórceps                        |
| <input type="checkbox"/> Postura Occiput Laboral No              | <input type="checkbox"/> Ruptura uterina                       |
| <input type="checkbox"/> Progresiva / Improductiva (Boca arriba) | <input type="checkbox"/> Cordón umbilical alrededor del cuello |
| <input type="checkbox"/> Placenta Previa                         | <input type="checkbox"/> Otro _____                            |

El parto fue  Vaginal  Cesárea  Cesárea de emergencia Duración de días en el hospital del niño: \_\_\_\_\_

Edad de la madre cuando nació \_\_\_\_\_ Hospital de nacimiento: \_\_\_\_\_

Necesitaba ser trasladado a otro hospital  Sí  No

Hospital de Traslado \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Altura al nacer \_\_\_\_\_ Apgar 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Embarazos múltiples: # de nacidos vivos: \_\_\_\_\_ # de nacidos muertos: \_\_\_\_\_

Detalles adicionales del nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Complicaciones después del nacimiento:**

- |                                                              |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia de la prematuridad           | <input type="checkbox"/> Ictericia tratada con terapia de luz y / o manta |
| <input type="checkbox"/> Displasia broncopulmonar 'BPD'      | <input type="checkbox"/> Aspiración de meconio                            |
| <input type="checkbox"/> Labio hendido                       | <input type="checkbox"/> Enterocolitis necrosante 'NEC'                   |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido                     | <input type="checkbox"/> Hipoxia neonatal                                 |
| <input type="checkbox"/> Pie deforme                         | <input type="checkbox"/> Dependencia de oxígeno                           |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus                     | <input type="checkbox"/> PDA                                              |
| <input type="checkbox"/> ECMO                                | <input type="checkbox"/> Dependencia positiva                             |
| <input type="checkbox"/> Falta de prosperar                  | <input type="checkbox"/> Síndrome de dificultad respiratoria              |
| <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia                 | <input type="checkbox"/> Estridor respiratorio                            |
| <input type="checkbox"/> Retardo de crecimiento intrauterino | <input type="checkbox"/> Virus respiratorio sincial 'RSV'                 |
| <input type="checkbox"/> 'IUGR' IVH Bleed Grado I            | <input type="checkbox"/> Retinopatía de prematuridad 'ROP'                |
| <input type="checkbox"/> Grado II de hemorragia intravenosa  | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia (bajo recuento de plaquetas)     |
| <input type="checkbox"/> Grado IVH Grado III                 | <input type="checkbox"/> Dependencia del ventilado                        |
| <input type="checkbox"/> Grado IVH Grado IV                  | <input type="checkbox"/> VP Shunt                                         |
|                                                              | <input type="checkbox"/> Otro _____                                       |

Síndromes diagnosticados o sospechados

---

---

**Medicamentos actuales**

---

---

---

---

**Alergias**

---

---

---

**Vitaminas actuales, hierbas, minerales, homeopática**

---

---

**Prueba de audición**

- Nunca probado, sin preocupaciones
- Nunca probado, tiene preocupaciones
- Resultados de prueba normales
- Resultados de prueba anormales

**Prueba de visión**

- Nunca probado, sin preocupaciones
- Nunca probado, tiene preocupaciones
- Resultados de prueba normales
- Resultados de prueba anormales

Fecha de la última prueba \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba \_\_\_\_\_

Resultados \_\_\_\_\_

Resultados \_\_\_\_\_

Preocupaciones \_\_\_\_\_

Preocupaciones \_\_\_\_\_

**Médicos actuales**

Nombre	Especialidad	# de Teléfono	Visita más reciente

**Pruebas de diagnóstico**

Prueba	Cuando	Detalles / Resultados
Respuesta auditiva del tronco encefálico		
Biopsia		
Análisis de sangre / pruebas de laboratorio		
Escaneo de Densidad Ósea		
CT Scan		
EEG		
EMG		
Inferior GI		
Estudio de motilidad / escaneo vacío		
MRI		
NCV		
Estudio de la deglución		
Ultrasonido		
Endoscopia superior		
Radiografía		

**Cirugías y procedimientos**

Tipo	Fecha	Detalles / Resultados

**El niño tiene:**

- |                                                            |                                                       |                                                           |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias                          | <input type="checkbox"/> Cólico                       | <input type="checkbox"/> Escoliosis Grados? _____         |
| <input type="checkbox"/> Malformación arteriovenosa (MAV)  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                | <input type="checkbox"/> Condición de convulsión          |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral anóxica           | <input type="checkbox"/> Diarrea                      | <input type="checkbox"/> Desorden del sueño               |
| <input type="checkbox"/> Asma / problemas respiratorios    | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down             | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir            |
| <input type="checkbox"/> Autismo                           | <input type="checkbox"/> Subluxación de cadera        | <input type="checkbox"/> Shunts                           |
| <input type="checkbox"/> Baclofen Pompa                    | <input type="checkbox"/> Hidrocele                    | <input type="checkbox"/> Tortícolis                       |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (CP)           | <input type="checkbox"/> Laringomalacia               | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática (TBI) |
| <input type="checkbox"/> Accidente vascular cerebral (CVA) | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular           | <input type="checkbox"/> Alimentación por tubos           |
| <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                 | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos               |
|                                                            | <input type="checkbox"/> Leucomalacia periventricular | <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervio Vagal      |
|                                                            | <input type="checkbox"/> Reflujo                      | <input type="checkbox"/> Ninguno                          |

**Otras condiciones médicas**

---

---

---

**Condiciones ortopédicas**

---

---

---

**Comentarios adicionales**

---

---

---

## Historia de desarrollo

El niño puede:	Comenzó a edad (en meses):
Llevar ambas manos a la boca	
Abotonar pantalones / camisa	
Sentarse de una posición acostada	
Gatear solo	
Totalmente ir al baño entrenado	
Agarrar un juguete	
Mantiene la cabeza solo	
Jalar a pararse	
Rodar sobre	
Bañarse solo	
Vestirse solo	
Sentarse sin ayuda	
Pararse sin apoyo	
Amarrarse los zapatos	
Caminar con apoyo	
Caminar sin ayuda	
Comprimir / desabrochar la chaqueta	

Es tu hijo  Diestro  Zurdo  Ninguno

Preocupaciones con la escritura?  Sí  No Describir: \_\_\_\_\_

¿Cómo se mueve el niño por la casa? \_\_\_\_\_

Juguetes favoritos / Actividades de juego \_\_\_\_\_

### Descripción del niño

- |                                    |                                              |                                       |                                      |                                    |                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activo    | <input type="checkbox"/> Cauteloso           | <input type="checkbox"/> Distractible | <input type="checkbox"/> Inseguro    | <input type="checkbox"/> Jugetón   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cariñoso  | <input type="checkbox"/> Curioso             | <input type="checkbox"/> Temeroso     | <input type="checkbox"/> Motivado    | <input type="checkbox"/> Tímido    |                                      |
| <input type="checkbox"/> Agresivo  | <input type="checkbox"/> Exigente            | <input type="checkbox"/> Audaz        | <input type="checkbox"/> Pasivo      | <input type="checkbox"/> Obstinado |                                      |
| <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Difícil de consolar | <input type="checkbox"/> Difícil      | <input type="checkbox"/> Persistente | <input type="checkbox"/> Retirado  |                                      |

### Procesamiento sensorial y regulación (seleccione todos los que correspondan)

- |                                                                             |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evita ensuciarse                                   | <input type="checkbox"/> Resiste ciertos movimientos (por ejemplo, rebotar, balancearse, boca abajo) |
| <input type="checkbox"/> Busca (anhela) contacto o movimiento               | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para descubrir cómo mover el cuerpo o lleva más            |
| <input type="checkbox"/> Tropeza o cae con frecuencia                       | <input type="checkbox"/> No tolera ciertas texturas (por ejemplo, ropa, superficies, alimentos)      |
| <input type="checkbox"/> Parece incómodo o menos coordinado                 | <input type="checkbox"/> Usa mucha presión al tocar alguien o algo                                   |
| <input type="checkbox"/> Aletea las manos                                   | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para pasar de una actividad a otra                         |
| <input type="checkbox"/> Permite cepillarse los dientes                     | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para quedarse dormido                                      |
| <input type="checkbox"/> Golpes en la superficie, golpes / golpea la cabeza | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para permanecer dormido durante la noche                   |
| <input type="checkbox"/> Fatigues rápidamente                               | <input type="checkbox"/> Aparece letárgico / somnoliento todo el tiempo                              |
| <input type="checkbox"/> Tiene conductas autoabortivas                      | <input type="checkbox"/> Tiene un pobre sentido del cuerpo en el espacio, se encuentra con cosas     |
| <input type="checkbox"/> Resiste ciertas tareas o entornos                  | <input type="checkbox"/> Busca apoyo para la postura (por ejemplo, se apoya en muebles,              |
| <input type="checkbox"/> Gira cosas o auto                                  |                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Es sensible a las luces, los sonidos o el ruido    |                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Duerme mucho                                       | <input type="checkbox"/> Demuestra patrones de movimiento rígidos o rígid                            |
| <input type="checkbox"/> Resiste el tacto                                   | <input type="checkbox"/> Hyperfocussed (en tareas específicas, personas, objetos, etc.)              |
| <input type="checkbox"/> Camina sobre los dedos de los pies                 | Otro: por favor describa _____                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Alinea juguetes u objetos                          |                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Busca (anhela) objetos visualmente estimulantes    |                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Busca (anhela) sonidos estimulantes                |                                                                                                      |

**Habilidades sociales / emocionales**

- Se distrae fácilmente
- Se calma fácilmente
- Se enoja / se frustra fácilmente
- Es agresivo con los demás
- Propenso a arrebatos emocionales
- No permite que otros se unan en el juego
- Tiene dificultad para hacer amigos
- Juega con sus compañeros
- Otro: por favor describa \_\_\_\_\_
- Solo juega con adultos
- Prefiere jugar solo
- Tiene dificultad con las separaciones
- Tiene poco contacto visual

**Alimentación**

Describe cualquier problema de alimentación

Alimentos que le gustan

Alimentos que no le gustan

Hitos de Alimentación			
¿Cuándo comenzó el niño?	Edad (en meses)	Hito	Edad (en meses)
Usando una botella		Usando una popote	
Usando un chupete		Dejar de usar una botella	
Comiendo comida para bebe		Dejar de usar un chupete	
Comiendo comida junior		Usar utensilios para comer	
Comiendo comida de mesa		Sosteniendo su propia botella	
Bebiendo de una taza		Comer sin ayuda	
Bebiendo de una taza de sippy			

**Amamantado**

- # veces actualmente amamantados por día \_\_\_\_\_
- Destetado de la lactancia a edad: \_\_\_\_\_
- Nunca fue amamantado

**Adapciones de alimentación actuales**

- Líquidos espesados: Consistencia: \_\_\_\_\_
- Utensilios adaptados: Detalles: \_\_\_\_\_
- Asientos adaptados: Detalles: \_\_\_\_\_
- Suplementos de calorías: Detalles: \_\_\_\_\_
- Alimentación por sonda: Cantidad: \_\_\_\_\_ Cuantas veces por día: \_\_\_\_\_  Continuo  Bolo

**Áreas de dificultad**

- Masticación
- Babeando
- Transición entre alimentos
- Mandíbula se mueve / desliza / sobresale
- Necesidades de comunicación
- Tragar
- Comprensión de palabras

**Lenguaje Hablado**

Habilidades de comunicación		
El niño/a	Sí	No
Tiene un discurso que sea entendido por la mayoría de las personas?		
Responda correctamente a las preguntas de sí / no?		
Sigue instrucciones simples?		
Responder cuando se llama su nombre?		
Tartamudea?		
Reconoce objetos, personas, o lugares?		

Hitos de Hablar			
¿Cuándo comenzó el niño?	Edad (en meses)	Hito	Edad (en meses)
Balbuceo		Poniendo 2 palabras juntas	
Diciendo las primeras palabras		Usar oraciones cortas	
Nombrar objetos familiares			

Primeras palabras \_\_\_\_\_

Dispositivo de comunicación aumentativo \_\_\_\_\_

**Comunicación primaria**     Verbal     No-Verbal     Ninguna

Métodos de comunicación utilizados:

- Vocalizaciones     Frases de 2 palabras     Expresiones faciales     Lenguaje de señas manual     Señalando  
 Palabras solas     Oraciones completas     Lenguaje corporal     Gestos     La mirada

**Por favor describa las preocupaciones actuales del habla:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ambiente en el hogar

**Niño vive con: (Seleccione todos los que correspondan)**

- Madre biológica     Madrastra     Hermanos  
 Padre biológico     Padrastro    Edades de los hermanos: \_\_\_\_\_  
 Madre adoptiva     Abuela     Otro pariente:  
 Padre adoptivo     Abuelo    Por favor especifica: \_\_\_\_\_  
 Guardián legal  
Por favor especifica: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Adopción

A que edad fue la Adopción: \_\_\_\_\_

Detalles adicionales: \_\_\_\_\_

### Tipo de hogar

- Casa de 1 piso     Centro de vida asistida  
 Casa con 2 pisos     Centro de enfermería especializada  
 Apartamento en 1ro piso     Hogar grupal  
 Apartamento en 2do piso     Otro \_\_\_\_\_

### Accesibilidad

# Escaleras para llegar a casa: \_\_\_\_\_ ¿Pretil?     Derecho     Izquierda     Ninguna

Rampa para entrar a casa?     Sí     No

# Escaleras en casa: \_\_\_\_\_ ¿Pretil?     Derecho     Izquierda     Ninguna

- Baño en el 1ro piso     Dormitorio en el 1ro piso  
 Baño en el 2do piso     Dormitorio en el 2do piso

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Equipo Medico utilizado actualmente (seleccione todos los que correspondan)**

Equipo	Edad (aprox)	Detalles	Usa en casa	Usa en escuela
Tirantes				
Caminante				
Stander				
Silla de ruedas manual				
Silla de ruedas eléctrica				
Hoyer Lift				
Chaleco ponderado				
Férula(s) de mano				
Sistema de vías				
Otro:				

**Describe cualquier programa en el hogar que se realice actualmente (por ejemplo, estiramiento, fortalecimiento,**

---



---



---

**Describe cualquier grupo comunitario o actividad deportiva en la que el niño/a esté involucrado**

---



---

Grado en escuela \_\_\_\_\_ Nombre de escuela \_\_\_\_\_

Tiene su hijo IFSP?  Sí  No

¿Su hijo tiene un IEP de la escuela?  Sí  No

¿Su hijo ha completado una evaluación psicológica o neuropsicológica?  Sí  No

Servicios de terapia	Tipo	Estado	Frecuencia	Adonde
Technología de asistencia				
Audiología				
Terapia de comportamiento				
Historia de desarrollo				
Servicios EI				
Terapia de traje intensivo				
Terapia de visión				
Nutrición				
Terapia ocupaciona				
Terapia física				
Terapia social				
Terapia de habla / lenguaje				
Clínica de seguimiento de desarrollo				
Otro:				

**Comentarios adicionales:** \_\_\_\_\_

---



---