

Servicios de rehabilitación – información del paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____
Nombre legal Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____

Persona que lleno este formulario: _____ Parentesco al paciente: _____

Durante la primera visita, hablaremos sobre sus respuestas a este formulario. Esto nos ayuda a decidir qué pruebas/procedimientos necesitamos hacer. Sus comentarios son muy importantes. De ser posible, por favor complete esta información en casa y tráigala con usted a su primera sesión.

De antemano le agradecemos su información.

Por favor traiga su referencia junto con la información de su seguro médico a la primera visita.

Por favor háblenos antes de su cita si tiene cualquier pregunta o preocupación.

Cook Children's
Medical Center
682-885-7660

Cook Children's
South Rehab Clinic
682-885-4063

Cook Children's
Child Study Center
682-885-2190

Cook Children's
Mansfield Rehab
682-885-2200

Cook Children's
Northeast Rehab
817-346-2955

Sus peticiones y pensamientos:

¿Cuál es la razón de esta visita de terapia? Por favor anote los problemas o comportamientos específicos. _____

¿Qué espera lograr con la terapia? _____

Por favor anote las costumbres, creencias religiosas o deseos que debamos saber: _____

Durante el tratamiento, le daremos instrucciones para practicar actividades en la casa. ¿Tiene usted una manera preferida de aprender información nueva? Imágenes/fotos Escrito Demostración No tiene preferencia

Por favor anote cualquier otra preocupación que le gustaría dejarnos saber: _____

Histórial del nacimiento:

Si No ¿El paciente nació después de un embarazo de término completo?

Si no, ¿qué tan temprano? _____ ¿Cuánto peso cuando nació? _____

Si No ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o parto?

Si sí, por favor explique. _____

Si No ¿El paciente se quedó en el hospital por más de dos días?

¿Por qué? _____

Si No ¿El paciente requirió ventilación mecánica u oxígeno?

¿Cualquier otra cosa que nos quiera dejar saber sobre el nacimiento del paciente? _____



Servicios de rehabilitación – información del paciente

Información médica:

¿El paciente es alérgico a cualquier medicamento o comida? Por favor anote: _____

¿Quién es el doctor primario del paciente? _____

Actualmente qué medicamentos recetados está tomando el paciente: _____

Por favor anote a los demás doctores (especialistas) que tratan al paciente: _____

¿Qué condiciones médicas tiene el paciente? _____

¿Existen ciertas precauciones que debamos saber? _____

Por favor anote las hospitalizaciones y cirugías del paciente (junto con la fecha aproximada): _____

Si No ¿El paciente tiene las vacunas al día?

Si No ¿El paciente usa cualquier equipo especial?

Si sí, por favor describa: _____

Información del desarrollo:

Si No ¿Piensa que el paciente ve bien?

Si No ¿Piensa que el paciente oye bien?

Si No ¿El paciente tiene infecciones de oído frecuentes?

Si No ¿Le han evaluado el sentido del oír? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Resultados: _____

Si No ¿Le han examinado la vista?

Si No ¿El paciente tiene problemas para comer o tragar/deglutir?

Si sí, explique: _____

¿Actualmente qué comidas come el paciente? Leche materna Biberón Comida de bebé enlatada Bocadillos Comida de mesa

Si No ¿Cualquier comida que el paciente rechace?

Anote: _____

Si No ¿El paciente es platicador?

La conversación del paciente es entendida por:

Padres Si No

Compañeros Si No

Hermanos Si No

Extraños Si No

Si No ¿El paciente puede usar las manos y los brazos bien?

Si no, explique: _____

Anote la edad a la cual empezó a:

Darse la vuelta: _____ Dijo primeras palabras: _____

Sentarse solo: _____ Dijo dos palabras juntas: _____

Gatear: _____ Camino solo: _____

Por favor anote cualquier problema que usted ha notado con sus habilidades motoras o del desarrollo: _____



Servicios de rehabilitación – información del paciente

Habilidades de interacción del paciente:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Juega bien con los demás? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene comportamientos agresivos? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene problemas para poner atención? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene dificultad para dejar de hacer una actividad y empezar otra? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Repite una actividad una y otra vez? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Sigue las instrucciones/direcciones bien? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Usa usted cualquier técnica específica para controlar su comportamiento en casa? |

Si sí, por favor explique: _____

- Si No ¿El paciente va a la escuela?

Si sí, por favor marque uno:

Guardería Pre kínder Primaria Secundaria Preparatoria

Si sí, por favor conteste las siguientes tres preguntas:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente tiene problemas para leer o deletrear? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente tiene problemas para escribir? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente recibe servicios de educación especial? |

Por favor explique/describa:: _____

Otras terapias:

- Si No ¿Actualmente el paciente está recibiendo servicios de terapia?

Si sí, ¿qué tipo de terapia y en dónde los recibe? _____

- Si No ¿El paciente ha recibido terapia en el pasado? _____

Si sí, ¿qué tipo de terapia y en dónde la recibió? _____

¿Cuándo fue la última visita de terapia? _____

Junto con la salud física de su hijo, nos gustaría saber sobre la salud mental de su hijo.

¿Hay cualquier problema familiar que puede afectar el cuidado de su hijo? Si es así, por favor díganos.

¿Ha visto algún cambio en los estados de ánimo o comportamiento de su hijo? Si es así, por favor díganos.

Gracias por su información.

