

Función alimenticia / de deglución – información del paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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 háganos saber 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
817-347-2955**

Sus peticiones y pensamientos:

¿Por qué se le hará esta prueba al paciente? _____

¿Qué quiere saber de esta prueba? _____

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

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. _____

Información del parto:

Sí No ¿El paciente nació después de un embarazo de término completo?
Si no, ¿qué tan temprano? _____ ¿Cuánto peso el paciente al nacer? _____

Sí No ¿Tuvo cualquier complicación durante el embarazo?
Si sí, por favor describa: _____

Sí No ¿Tuvo cualquier complicación durante el parto?
Si sí, por favor describa: _____

Sí No ¿El paciente se quedó en el hospital después de nacer?
Si sí, ¿por qué y por cuánto tiempo? _____

Sí No ¿El paciente tubo ventilación mecánica después de nacer?
Si sí, ¿por qué y por cuánto tiempo? _____

Historial del desarrollo:

Por favor marque lo adecuado si el paciente ha tenido problemas o retrasos en cualquiera de estas áreas:

Visión Audición Habilidades motoras (darse la vuelta, gatear, caminar)
 Habla Aprendizaje/escuela Jugar con otros Comportamiento

Por favor explique si marco cualquiera: _____

CookChildren's

Función alimenticia / de deglución – información del paciente

Historial médico:

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

Por favor escriba a todos los doctores que el paciente ve junto con la razón del por qué los ve: _____

¿Qué condición(es) médica(s) tiene el paciente? _____

Por favor escriba los medicamentos que el paciente este tomando actualmente: _____

Enfermedades:

Por favor marque lo adecuado si el paciente ha tenido cualquiera de lo siguiente:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas | <input type="checkbox"/> Reflujo/acides | <input type="checkbox"/> Fístula traqueoesofágica |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Cáncer/tumor | <input type="checkbox"/> Virus sincital respiratorio (VSR) |
| <input type="checkbox"/> Siempre congestionado | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Infección de oído | <input type="checkbox"/> Bronquitis/bronquiolitis |
| <input type="checkbox"/> Vía respiratoria flácida | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Broncoscopia | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vía respiratoria superior |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino / paladar hendido | <input type="checkbox"/> Traqueotomía | <input type="checkbox"/> Anillo vascular | <input type="checkbox"/> Tratamientos respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Déficit de crecimiento | <input type="checkbox"/> Estridor/respiración ruidosa |
| <input type="checkbox"/> Lastimadura a la cabeza | <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica | <input type="checkbox"/> Infección (meningitis, encefalitis) | |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Se ha puesto morado/dejado de respirar | | |

Por favor explique si marco cualquiera: _____

Historial alimenticio:

¿Antes de esta cita el paciente ha tenido una evaluación alimenticia o de la función de deglución?

Si sí, cuándo: _____ dónde: _____ resultados: _____

Recomendaciones: _____

¿Qué come/bebe el paciente?

- | | | | |
|--------------------|---|---|---|
| Líquidos claros: | <input type="checkbox"/> Jugo | <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Leche |
| Líquidos espesos: | <input type="checkbox"/> Néctar, jarabe | <input type="checkbox"/> Espeso como miel | <input type="checkbox"/> Espeso como un batido de leche |
| Comida: | <input type="checkbox"/> Etapa 1 | <input type="checkbox"/> Etapa 2 | <input type="checkbox"/> Etapa 3 |
| Método para beber: | <input type="checkbox"/> Biberón | <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Tacita |
| Método para comer: | <input type="checkbox"/> Cuchara | <input type="checkbox"/> Bocadillos | <input type="checkbox"/> Tenedor |
| | | | <input type="checkbox"/> Vaso abierto |
| | | | <input type="checkbox"/> Popote |
| | | | <input type="checkbox"/> Equipo especial |
| | | | <input type="checkbox"/> Comida de mesa regular |
| | | | <input type="checkbox"/> Método especial |

Por favor explique cualquier problema: _____

CookChildren's

Función alimenticia / de deglución – información del paciente

Usualmente qué alimentos/líquidos y cuánto come el paciente para:

Desayuno: _____

Almuerzo/lonche: _____

Cena: _____

Tentempiés/bocadillos: _____

¿El paciente presenta cualquiera de lo siguiente durante las alimentaciones?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Llanto | <input type="checkbox"/> Se atraganta | <input type="checkbox"/> Cambios de color | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos y estornudos |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Congestión | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Escupe/rechaza la comida |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Sonidos de voz mojada, borbotear/gorjear | | |

Por favor explique si marco cualquiera: _____

¿Cuánto dura una comida? _____

¿Qué tipos de alimentos son los más fáciles? _____

¿Qué tipos de alimentos son los más difíciles? _____

Sensorial:

¿Al paciente le incomoda tener la cara, las manos, o los pies sucios? Sí No

Si sí, por favor explique: _____

El paciente tolera:

- Sí No Lavarle los dientes
- Sí No Limpiarle la cara/manos
- Sí No Que le corten las uñas de los dedos de las manos/pies
- Sí No Que le corten el pelo

Para los niños con Botón-G:

¿Qué recibe el paciente por el botón-G? _____

¿Qué tan seguido y cuánto a la vez? _____

¿Qué tan rápido se le da la cantidad? _____

¿Cómo reacciona a las alimentaciones por el botón-G? _____

Gracias por su información.

CookChildren's